CENA 100 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) Czerwiec-Lipiec 1950 Nr 6-7



WYDAWCA POLSKI  CZERWONY KRZYŻ

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) Czerwiec-Lipiec 1950 Nr 6-7

Szósta Rocznica Manifestu Lipcowego

22 LIPCA 1944 roku — to dzień narodzin nowej, Ludowej Polski.

Zwycięstwo władzy ludowej w Polsce było przede wszystkim następstwem zwycięstwa Armii Radzieckiej nad hitlerowskimi hordami, zwycięstwa postępu i wolności nad barbarzyństwem, niewolą i faszyzmem.

Zwycięstwo mas ludowych w Polsce było dziełem ludu pracującego, było rezultatem walk klasy robotniczej, dziełem wysiłku wszystkich demokratycznych elementów w Kraju.

Okres dzielący nas od tego historycznego momentu jest okresem uporczywej walki i zwycięstw, okresem heroicznej pracy nad odbudową gospodarczą i przebudową społeczną kraju.

I gdy rzucimy okiem na wykonany przedterminowo Plan 3-Letni — plan gojenia ran, zadanych przez wojnę i bestialską okupację, gdy ocenimy szmat drogi przebytej przez naród nasz jeszcze w ogniu walk wewnętrznych — zrozumiemy jak ciężka była ta droga, jak naród nasz krzepł w walce i pracy.

DZIŚ obchodzimy 22 Lipca — rocznicę manifestu P K W N, dzień naszego Święta Narodowego — w innych warunkach. Rok 1950 jest pierwszym rokiem Planu 6-letniego, planu budowy podstaw socjalizmu w naszym kraju, budowy ustroju, w którym nie będzie wyzysku człowieka przez człowieka.

Już pierwszy rok realizacji tego wielkiego planu pozwala notować osiągnięcia w każdej dziedzinie naszego życia gospodarczego i kulturalnego.

Plan na pierwszy kwartał 1950 roku — pierwszego roku Planu 6-letniego budowy podstaw socjalizmu — został wykonany z nadwyżką. Na nowym etapie rozwoju gospodarczego naszego kraju nastąpiło dalsze wzmożenie tempa produkcji. Przyczynił się do tego szybki rozwój współzawodnictwa pracy i wykonanie długofalowych zobowiązań produkcyjnych.

W dziedzinie Służby Zdrowia mamy do zanotowania szereg poważnych osiągnięć, zarówno w rozbudowie szpitalnictwa, jak i leczenia profilaktycznego. Tak więc na przykład, jeśli weźmiemy, że liczba łóżek szpitalnych, przypadających na 10.000 mieszkańców w roku 1938 wynosiła 20.1, to w roku 1949 mamy już 37.1, a w roku 1950 — 37.7.

Jeżeli wskaźnik ośrodków zdrowia w roku 1938 przyjmiemy za 100, to w roku 1949 wyraża się on cyfrą 194, a w roku 1950 już — 349.

Jeżeli w roku 1938 na 10.000 mieszkańców przypadało w sanatoriach przeciwgruźliczych 1.6 łóżka, to w roku 1950 cyfra ta wzrosła do 7.

Produkcja narzędzi lekarskich wykazuje w porównaniu z rokiem 1947 wzrost czterokrotny. Oczywiście mimo tak wielkiego wzrostu istnieją w dziedzinie szpitalnictwa trudności nierozerwalnie związane z olbrzymim wzrostem liczby ludzi korzystających z leczenia szpitalnego i sanatoryjnego.

WRAZ ze wzrostem ilości szpitali i ośrodków zdrowia powstaje zagadnienie szkolenia personelu służby zdrowia. Tak więc rośnie liczba zaplanowanych przez Ministerstwo Zdrowia 2-letnich Szkół Pielęgniarstwa oraz zaplanowanych przez Polski Czerwony Krzyż Ośrodków Szkolenia Młodszych Pielęgniarek. Plan 6-letni przewiduje całkowite wypełnienie luk w kadrach tego zawodu.

Szóstą Rocznicę Manifestu P K W N — manifestu wydanego w dniach trwającej jeszcze drugiej wojny światowej — obchodzimy w okresie wzmożonej walki obozu demokratycznego, skupionego wokół Z S R R, walki o utrwalenie pokoju światowego.

RÓWNOCZEŚNIE w obozie imperialistycznym, kierowanym przez amerykańskich bankierów, wzmagają się przygotowania do nowej wojny przeciwko siłom demokratycznym świata, w obronie interesów niewielkiej grupy kapitalistów.

Miliony podpisów zebranych pod apelem sztokholmskim, wielka armia bojowników pokoju, piętnujących podżegaczy wojennych i potępiających broń atomową jako narzędzie masowego mordu — stanowią ostrzeżenie dla rządu, który pierwszy odważyłby się użyć tej broni.

Tak więc walka o socjalizm i walka o pokój, którą prowadzi naród polski, zgrupowany w rodzinie narodów krajów demokracji ludowej, zjednoczonych wokół Związku Radzieckiego jest walką o postęp i kulturę, walką o lepsze jutro najszerszych mas.

C. K.

RADY NARODOWE

DO licznych osiągnięć Polski Ludowej we wszelkich dziedzinach życia publicznego należy zaliczyć uchwaloną przez Sejm Ustawodawczy w dniu 20 marca 1950 r. ustawę o TERENOWYCH ORGANACH JEDNOLITEJ WŁADZY PAŃSTWOWEJ.

Rady narodowe, które od przeszło 5 lat były ważnym elementem ludowo-demokratycznego ustroju państwowego, po przeprowadzeniu reformy, stały się podstawowymi ośrodkami władzy ludowej w terenie.

Ta ważna reforma ustrojowa została przeprowadzona u progu planu sześcioletniego, planu budowy podstaw socjalizmu. Na tym etapie rozwoju przed klasą robotniczą, przed ludem pracującym, przed władzą ludowo-demokratyczną stają szczególnie ważne zadania.

O roli reformy mówi wyraźnie wstęp ustawy z 20 marca 1950 r. stwierdzający, iż ma ona na celu „dalsze wzmocnienie Państwa ludowego i przyspieszenie budowy socjalizmu w Polsce".

RADY narodowe są organami jednolitej władzy państwowej w terenie, **na wszystkich szczeblach podziału administracyjnego kraju:** w gminach wiejskich, miastach (i dzielnicach większych miast), w powiatach i województwach.

Rady narodowe kierują na swym terenie działalnością gospodarczą, społeczną i kulturalną, zapewniają ochronę porządku publicznego i czuwają nad przestrzeganiem praworządności demokratycznej, ochraniają własność społeczną i prawa obywateli, współdziałają w umocnieniu obronności Państwa, wydają przepisy prawne w ramach uprawnień nadanych im przez ustawy, uchwalają w ramach narodowego planu gospodarczego terenowe plany gospodarcze i nadzorują ich wykonanie, uchwalają w ramach jednolitego budżetu państwowego terenowe budżety i nadzorują ich wykonanie, stanowią w ramach uprawnień nadanych przez ustawy o terenowych daninach, opłatach i świadczeniach, wykonują kontrolę społeczną działalności urzędów, przedsiębiorstw, zakładów i instytucji.

Ponadto rady narodowe wybierają i odwołują prezydium rady narodowej, kierują działalnością swoich organów i rozpatrują ich sprawozdania.

W ten sposób rady narodowe mają szeroki zakres władzy i **w dziedzinie podejmowania uchwał i w dziedzinie wykonawstwa,** w dziedzinie rządzenia w terenie.

W związku z przekazaniem radom narodowym pełni władzy **znosi się stanowiska wojewody i wicewojewody, starosty i wicestarosty, urzędy wojewódzkie i starostwa.**

Rady narodowe są ponadto nie tylko organami władzy państwowej o dotychczasowym zakresie, który przysługiwał tzw. władzom administracji ogólnej (wojewodom i starostom). W radach narodowych zespalają się obecnie niektóre agendy państwowe, t. zw. niezespolone, które dotychczas były wyodrębnione, a podlegały Ministrom Finansów, Oświaty, Pracy i Opieki Społecznej oraz Państwowej Komisji Planowania Gospodarczego. Tak więc zespolą się pod władzą rad narodowych: urzędy i izby skarbowe, kuratoria i inspektoraty szkolne, inspektoraty pracy i urzędy zatrudnienia, wojewódzkie urzędy planowania gospodarczego.

Nowa ustawa znosi samorząd terytorialny jako nieodpowiadającą na obecnym etapie nowemu ustrojowi państwowemu i społecznemu dzie-

dzinę gospodarki i administracji publicznej. Znosząc stary samorząd, ustawa przekazuje radom narodowym znacznie szersze uprawnienia w porównaniu z dawnymi uprawnieniami samorządów. Znosi się wydziały wojewódzkie i powiatowe, zarządy miejskie i gminne, prezydentów miast, burmistrzów i wójtów, a funkcje zniesionych urzędów przechodzą do rad narodowych. **Majątek samorządowy staje się majątkiem państwowym, administrowanym przez właściwe rady narodowe.**

Rady narodowe będą powoływane w drodze **bezpośrednich wyborów.** Ustawa z 20 marca 1950 r. postanawia, że osobna ustawa określi czynne i bierne prawo wyborcze, a również tryb wybierania i liczbę członków rad narodowych. Do czasu wejścia w życie tej osobnej ustawy mają moc dotychczasowe przepisy o tworzeniu, składzie i zmianach składu rad narodowych.

Fakt, iż rady narodowe będą pochodziły z wyborów, wskazuje na doniosłe ich polityczne znaczenie. Rady narodowe są prawdziwym przedstawicielstwem mas pracujących. Ten związek z masami nie ogranicza się tylko do samych wyborów. Rady narodowe będą miały obowiązek utrzymywania stałej codziennej więzi z wyborcami — z masami pracującymi. Ludność nie tylko będzie wybierała członków rad, ale będzie miała prawo odwoływania członków rad narodowych. Ustawa przewiduje różnorodne formy tej więzi: rozpatrywanie postulatów, życzeń i zażaleń ludności, przyciąganie obywateli do współpracy w komisjach i do udziału w masowych akcjach społecznych, odbywanie publicznych posiedzeń i składanie publicznych sprawozdań z działalności rad narodowych.

Rady narodowe, **jako całość, obradują na sesjach,** zwoływanych co pewien czas. Sesje wojewódzkich rad narodowych odbywają się co najmniej raz na kwartał; sesje powiatowych rad narodowych — co najmniej raz na dwa miesiące, sesje pozostałych rad narodowych — co najmniej raz na miesiąc.

Dla poszczególnych dziedzin swej działalności rady narodowe powołują **komisje,** działające i w czasie sesji i w przerwach między sesjami. Komisje te tworzą płaszczyznę szczególnie szerokiego kontaktu rad narodowych z masami pracującymi. Zadaniem komisji jest wykonywanie z ramienia rady narodowej nadzoru nad działalnością jej organów, sprawowanie kontroli nad działalnością urzędów, przedsiębiorstw, zakładów i instytucji oraz przygotowywanie projektów ważniejszych uchwał. W swych pracach komisje winny mieć na względzie **mobilizowanie inicjatywy mas pracujących oraz przyciąganie tych mas do współudziału w pracach rady.** Przez przyciąganie do pracy w komisjach osób spoza grona rady, rady narodowe mają możność rozszerzania aktywu radnych.

Rada narodowa realizuje wykonawstwo przez swoje **prezydium,** które jest **organem wykonawczym i zarządzającym** rady. Prezydium wybrane przez radę narodową składa się z przewodniczącego prezydium, jego zastępców, sekretarza oraz członków prezydium. W mniejszych gminach prezydium składa się z przewodniczącego prezydium, jego zastępcy i sekretarza.

W ręku prezydium skupia się codzienna **praktyczna działalność wykonawcza** w dziedzinie rządzenia w terenie.

Prezydium rady narodowej, jako organ wykonawczy i zarządzający, działa stosownie do uchwał swej rady (jest to tak zwane powiązanie poziome); ponadto w działalności swej kieruje się wytycznymi i instrukcjami prezydium rady narodowej wyższego stopnia (jest to tak zwane powiązanie pionowe).

Reforma ustrojowa, wprowadzona przez ustawę o terenowych organach jednolitej władzy państwowej, ma tak doniosłe znaczenie, że można i należy postawić ją w jednym rzędzie pod względem ciężaru gatunkowego z historycznymi reformami społecznymi: reformą rolną i unarodowieniem przemysłu.

Reforma ta nie polega oczywiście na przemianowaniu nazw tych czy innych władz lub urzędów, ale na głębokiej przebudowie aparatu państwowego w kierunku jeszcze większego **zdemokratyzowania władzy,** powiązania jej z masami, a więc wzmocnienia władzy ludowej.

Adam Wendel

DOC. DR. M. FEJGIN

CUKRZYCA W ŚWIETLE NAUKI WSPÓŁCZESNEJ

JEŻELI PRZED 50 LATY WALCZYLIŚMY O UTRZYMANIE PRZY ŻYCIU CHOREGO NA CUKRZYCĘ, TO DZIŚ WALCZYMY O UTRZYMANIE GO W STANIE ZUPEŁNEGO ZDROWIA" — powiedział Joslin, jeden z najlepszych znawców cukrzycy. Powiedzenie to dosadnie charakteryzuje olbrzymi postęp, jaki poczyniła nauka lekarska w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat, jeżeli chodzi o poznanie istoty cukrzycy i jej leczenia.

ISTOTNIE, jak wynika z danych statystycznych, dawniej 63,8% chorych na cukrzycę ginęło wskutek kwasicy i śpiączki, dziś umiera z tego powodu zaledwie 1,9% tych chorych. 69% chorych na cukrzycę umiera obecnie z powodu miażdżycy i jej powikłań, podczas gdy przed 50 laty mało który z chorych poniżej lat 30 miał w ogóle szanse, aby doczekać wieku, w którym występuje miażdżyca. Dziś wreszcie przeciętna wieku tych chorych wynosi 64 lata, wobec 44 lat w okresie 1898—1914 r.

Imponujące te osiągnięcia przypisać należy dokładniejszemu w ciągu ostatnich lat poznaniu patogenezy cukrzycy oraz lepszemu zrozumieniu procesów przemiany materii w ustroju zdrowym i chorym dzięki kolosalnemu rozwojowi fizjologii i biochemii.

Dawna metoda leczenia

Istota cukrzycy polega na zaburzeniu przemiany nie tylko węglowodanowej, ale co najmniej w równej mierze — białkowej i tłuszczowej. Dopiero stwierdzenie i uznanie tego zasadniczego faktu wprowadziło sprawę leczenia cukrzycy na właściwe tory. Poglądy dawniejszych autorów uwzględniały tu jedynie zboczenie przemiany węglowodanów, których wzmożone wytwarzanie względnie zmniejszone zużywanie w ustroju uważano za istotną przyczynę choroby. Zgodnie z tym zapatrywaniem leczenie polegało przeważnie na ograniczaniu dowozu węglowodanów i na przekarmianiu chorych dietą białkowo-tłuszczową. Już wówczas jednak dokładna obserwacja w połączeniu z intuicją kliniczną wielkich mistrzów medycyny wprowadziła do dietetyki cukrzycy wiele zmian, które, jak głodówka, różne odmiany diet węglowodanowych (owsiankowa, kartoflana itp.), dieta jarzynowo-owocowa i mleczna okazały się praktycznie nader pomyślne w skutkach, aczkolwiek nie były uzasadnione z punktu widzenia panujących wówczas poglądów teoretycznych.

Rola trzustki nie jest dominująca

Już 60 lat temu Mering i Minkowski wykazali dzięki swym pracom doświadczalnym, że usunięcie trzustki wywołuje typową cukrzycę u zwierzęcia. Od 50 lat wiadomo, że istnieje ścisły związek między cukrzycą, a czynnością komórek Langerhansa w trzustce, zaś przed 30 prawie laty Banting i Best zdołali otrzymać w czystej postaci insulinę — hormon wytwarzany przez komórki „beta" trzustki, a którego brak w ustroju jest przyczyną powstawania cukrzycy. Jednakże jeszcze do ostatnich czasów, pomimo niezliczonych prac doświadczalnych i klinicznych, nie znamy wszystkich szczegółów, dotyczących przemiany materii w ustroju zdrowym i chorym na cukrzycę ani dokładnego mechanizmu działania insuliny. W każdym bądź razie wiemy obecnie z całą pewnością, że w patogenezie cukrzycy trzustka z jej hormonem, insuliną, odgrywa niewątpliwie bardzo doniosłą, ale bynajmniej nie wyłączną, a często i nie dominującą rolę. Okazało się bowiem, że cukrzyca, występująca u zwierzęcia po usunięciu trzustki ulega znacznej poprawie, jeśli następnie usunąć przysadkę, albo nadnercza. Ostatnio dzięki znakomitym postępom chirurgii, zdołano przeprowadzić u człowieka całkowite usunięcie trzustki z powodu złośliwego nowotworu. Otóż powstająca wówczas tak zwana „całkowita" cukrzyca przebiega często znacznie łagodniej i wymaga dla opanowania o wiele mniej insuliny, aniżeli zwykła, spotykana w klinice cukrzyca u chorych, u których na sekcji pośmiertnej swierdzono stosunkowo nieznaczne tylko zmiany histologiczne w trzustce. Stwierdzono wreszcie, że podawanie wyciągu z przedniego płata przysadki wywołuje lub pogarsza u zwierząt już istniejącą cukrzycę.

Diety skąpociepłostkowe i skąpobiałkowe

Wszystkie te fakty przemawiają za tym, że zagadnienie cukrzycy jest o wiele bardziej złożone, niż można było przypuszczać jeszcze kilkanaście lat temu. Odkrycie insuliny znacznie uprościło

i ułatwiło sprawę leczenia cukrzycy, ale już o wiele wcześniej, dzięki dokładniejszemu poznaniu praw, rządzących przemianą cukrów, białek i tłuszczów w ustroju, wprowadzono szereg celowych i racjonalnych zmian w dietetyce cukrzycy, zmian, które zrewolucjonizowały dawniejsze pojęcia i metody. Ta nowa dietetyka oparta była na 3 doświadczalnie sprawdzonych przesłankach, a mianowicie: 1) że wzmożona podstawowa przemiana materii, powodowana, jak wiadomo, między innymi przekarmianiem ustroju przez zbyt obfity dowóz ciepłostek w postaci białka i tłuszczów, obniża tolerancję węglowodanową chorych na cukrzycę, 2) nadmierne ilości białka w pożywieniu również wpływają niekorzystnie na tolerancję węglowodanową tych chorych i wreszcie 3) że dokładne spalanie tłuszczów w ustroju wymaga obecności węglowodanów w odpowiednim stosunku, przy czym optymalny stosunek wynosi 1 g tłuszczu na 2 g węglowodanów.

Zgodnie z powyższymi założeniami zaczęto w cukrzycy stosować **diety skąpociepłostkowe** (o wartości cieplnej od 25 do 30 ciepłostek na 1 kg wagi chorego), **skąpobiałkowe** (0,5 do 1,0 g białka na 1 kg wagi chorego) i zawierające 3 zasadnicze składniki w ściśle określonym stosunku do siebie. Mianowicie, białko: do tłuszczów: węglowodanów ma się jak 1:2:2 w przeliczeniu na ciepłostki, albo 1:1:2, licząc w gramach.

Trzeba przyznać, że wprowadzenie diet, układanych w ten sposób stanowiło niezaprzeczenie ogromny postęp w stosunku do dawniejszych obfitych białkowo-tłuszczowych diet, o których wspomnieliśmy wyżej, i które b. często powodowały wystąpienie zatrucia kwaśnego u tych chorych. Przy pomocy tych nowych diet uzyskiwano niewątpliwie dobre i szybkie wyniki, stosunkowo szybko odcukrzano, względnie znacznie zmniejszano cukromocz i usuwano kwasicę nawet w dość ciężkich i zaniedbanych przypadkach. U chorych ze znaczną kwasicą, z dużą ilością acetonu i kwasu acetooctowego w moczu, rozpoczynano leczenie od tzw. „głodówki węglowodanowej“ w ciągu 1—3 dni (np. 1—1,5 kg owoców, filiżanka bulionu, 2 kieliszki wódki lub koniaku dziennie, jak podaje Landau), stanowiącej zresztą odmianę dawniej stosowanych „dni owsiankowych“, „kartoflanych“ itd., o których była mowa wyżej, tylko pozbawionej całkowicie tłuszczu, „Głodówka“ pozwalała szybko opanować sytuację.

...i ich cechy ujemne

Diety tego typu miały jednak wiele cech ujemnych, utrudniających dłuższe i systematyczne ich stosowanie. Były one uciążliwe dla pacjentów ze względu na skąpy ilościowo skład i wymagały znacznego wysiłku woli i dyscypliny z ich strony; były też kłopotliwe z punktu widzenia ekonomiki rodzinnej, szczególnie w warunkach ludzi średnio zamożnych, gdyż wymagały wiele zachodu, starannego mierzenia, ważenia i osobnego przygotowywania, wywoływały więc niezadowolenie i niechęć u chorych i ich otoczenia. Szczególnie zaś nie nadawały się dla osobników młodocianych, lub będących w złym stanie odżywienia.

Pojawienie się insuliny

Wprowadzenie insuliny do lecznictwa z gruntu zmieniło sytuację i wysunęło natychmiast cały szereg nowych zagadnień teoretycznych i praktycznych. Przede wszystkim powstała kwestia wyjaśnienia mechanizmu działania tego hormonu i ściśle związana z nią sprawa fizjologii i patologii przemiany węglowodanów w ogóle, bez dokładnego zrozumienia której niemożliwe jest przecież racjonalne postępowanie lecznicze. Jeżeli więc chodzi o dokładniejsze poznanie procesów przemiany materii w ustroju, to ostatnio poczyniono w tym względzie ogromne postępy. Stwierdzono mianowicie z całkowitą pewnością, że **przemiana węglowodanów jest ściśle związana z przemianą białek i tłuszczów,** gdyż cząsteczka glukozy powstawać może zarówno z produktów rozpadu białka (np. z alaniny), jak i tłuszczu (np. z gliceryny), a także na odwrót białko i tłuszcze wytwarzane być mogą w wątrobie z pośrednich produktów, powstających w toku przemiany glukozy. Okazało się dalej, że przemiana ta stanowi długi cykl b. złożonych procesów chemicznych i biochemicznych które odbywają się przy udziale całego szeregu fermentów i kofermentów, a wśród nich ważną rolę odgrywają m. in. witaminy, należące do zespołu witamin B, jak thiamina i riboflawina.

Insulina włącza glukozę w bieg przemiany materii

Najważniejsze etapy tego cyklu przemian i spalania cząsteczki glukozy już poznano. Wiadomo więc, że cząsteczka glukozy musi wejść w chemiczne połączenie z cząsteczką kwasu 6-fosforowego, czyli **„ulec fosforylacji“**, przy czym powstaje nowy związek, tzw. „sześciofosforan glukozy“ i dopiero wówczas możliwe są dalsze jej przemiany i rozpad na coraz mniejsze fragmenty — aż do CO_2 i H_2O. Bez dokonania się procesu fosforylacji cząsteczka glukozy stanowi zupełnie bierne — pod względem biochemicznym — ciało, które nie bierze żadnego udziału w przemianie materii ustroju i nie może być przezeń wykorzystane, jako niezbędne źródło energii. Dla dokonania się fosforylacji glukozy konieczny jest udział specjalnego fermentu **„heksokinazy“** która normalnie znajduje się we krwi. Otóż wydzielina przedniego płata przysadki unieczynnia ten ferment, heksokinazę, i uniemożliwia fosforylację glukozy. Insulina natomiast, która in vitro i in vivo zobojętnia wydzielinę przedniego płata przysadki, przywraca aktywność heksokinazie i dzięki temu **włącza glukozę w bieg przemiany materii** ustroju. **Na tym właśnie polega mechanizm działania insuliny i istota jej antagonizmu wobec przedniego płata przysadki,** o którym wspomniano wyżej.

W cukrzycy ulegają zakłóceniu, jak się wydaje, przede wszystkim procesy, związane z użytkowaniem glukozy w ustroju, i z magazynowaniem jej

w postaci glikogenu w mięśniach i wątrobie. Jednak w najcięższej nawet cukrzycy zdolność spalania glukozy nie jest całkowicie zniesiona, a w niektórych tkankach, np. mózgowej, odbywa się ono z pewnością zupełnie bez udziału insuliny.

Odkrycie insuliny, która — jak widzieliśmy wyżej — przywraca prawidłowy przebieg procesów przemiany węglowodanów w ustroju chorym na cukrzycę, znacznie uprościło i ułatwiło sprawę leczenia, nie pozbawiło jednak znaczenia właściwej i odpowiednio regulowanej diety.

Nowa dietetyka

Na ogół celem leczenia cukrzycy powinno być dążenie do utrzymywania pacjenta w stanie dobrego samopoczucia na diecie, nie odbiegającej zbytnio swoim składem od normalnego pożywienia przeciętnego osobnika oraz pozwalającej na pozostawanie bez cukromoczu przy możliwie zbliżonym do normalnego poziomie cukru we krwi i przy stosowaniu możliwie niskich dawek insuliny. Dieta taka powinna zawierać dostateczną, ale nie nadmierną ilość ciepłostek, odpowiednio podzielonych między białka, tłuszcze i węglowodany. Większość klinicystów z Joslinem na czele unika jednak podawania nadmiernych ilości węglowodanów, zwłaszcza w postaci cukru, miodu itp. Przeważnie więc w użyciu są diety, zawierające od 70 do 110 g białka, od 90 do 120 g tłuszczu i 150 do 200 g węglowodanów w postaci pieczywa, owoców, kartofli i jarzyn, które podawać można w dowolnej ilości (oprócz grochu), licząc się ze stosunkowo niewielką zawartością i słabą przyswajalnością zawartych w nich węglowodanów. Cieplna wartość takiej diety wynosi około 2300 do 2500 ciepłostek. Osobnikom młodym, niedożywionym, cierpiącym na choroby wyniszczające (np. gruźlicę) lub ciężko pracującym fizycznie, należy podawać odpowiednio więcej białka i ciepłostek, otyłym, leżącym — mniej. Węglowodany należne w diecie dzieli się między 3 zasadnicze posiłki (śniadanie, obiad i kolację), ale pewną niewielką ich ilość — około 15% radzą niektórzy podawać tuż przed snem w postaci szklanki mleka, lub jabłka, szczególnie, jeżeli pacjent otrzymuje wieczorem zastrzyk insuliny, po to, ażeby uniknąć nocnej hypoglikemii (nadmiernego spadku poziomu cukru we krwi).

Dawkowanie insuliny

W przypadkach cukrzycy łagodnej i średnio ciężkiej, bez kwasicy, w warunkach szpitalnej obserwacji zazwyczaj postępujemy tak, że po zastosowaniu wyżej opisanej diety w ciągu 3 dni prowadzimy staranną obserwację chorego, określając diurezę dzienną (od 8 rano do 20) i nocną (od 20-ej do 8-ej rano) i wydajność cukru w moczu oddzielnie w ciągu dnia i w nocy. oznaczamy poziom cukru we krwi na czczo, a jeszcze lepiej — krzywą cukru we krwi po obarczeniu doustnym 50 gramami glukozy. Jeżeli w tych warunkach cukromocz trwa, rozpoczynamy podawanie insuliny, zależnie od poziomu glikemii i wydajności cukru w moczu, obliczając w przybliżeniu 1 jednostkę insuliny na 2—3 g cukru, wydalonego w moczu na dobę. Zależnie od zawartości cukru w moczu dziennym i nocnym podajemy insulinę raz, dwa, albo czasami i trzy razy na dobę, wstrzykując odpowiednią jej dawkę przed śniadaniem i kolacją, ewentualnie i przed obiadem, jeżeli z powodu znacznego cukromoczu i wysokiej glikemii na czczo zachodzi potrzeba trzykrotnego wprowadzenia insuliny w ciągu doby. Niektórzy autorzy, szczególnie radzieccy klinicyści Genes i jego szkoła, uważają za najkorzystniejsze wstrzykiwanie insuliny nie bezpośrednio, ale na godzinę przed posiłkiem, gdyż wtedy zbiega się moment szczytowy działania leku z najwyższym wzniesieniem cukru we krwi na skutek przyjęcia pokarmu.

Dalsze leczenie

Dalszą obserwację szpitalną pacjenta prowadzimy przy codziennej kontroli dziennej i nocnej wydajności cukru w moczu i co kilka dni sprawdzając poziom cukru we krwi — najlepiej, notując wszystkie wyniki badań na specjalnie ułożonej tablicy. Jeżeli stwierdza się zmniejszenie, względnie zniknięcie cukromoczu, zaczynamy stopniowo i pod ciągłą laboratoryjną kontrolą moczu i krwi zmniejszać dawki insuliny o 5—10 jednostek, likwidując z początku wieczorowy zastrzyk, a następnie ranny. Nieraz udaje się w ten sposób całkowicie odcukrzyć chorego i utrzymywać go w stałej równowadze węglowodanowej zupełnie bez, lub na minimalnej tylko dawce insuliny, stosując dietę, niewiele tylko różniącą się od zwykłej. Praktycznie dieta, jaką zalecamy takim chorym, składa się z 250 do 400 g pieczywa, 2—3 jaj, 1—2 szklanek mleka, 40 g masła, 150 do 200 g chudego mięsa lub ryby, 100 g kartofli, 400 do 500 g owoców i jarzyn (prócz grochu) bez ograniczenia. Można oczywiście urozmaicać dietę przez wprowadzanie w postaci zmiany, lub nawet dodatków w przypadkach o szczególnie pomyślnym przebiegu i dostatecznej tolerancji np. 50 g chudej szynki, polędwicy lub białego sera, dzwonka śledzia, czy 1—2 szprotek, kieliszka wina lub wódki, a nawet 1—2 łyżek cukru. Dieta taka jest na ogół zupełnie wystarczająca, nie wymaga żadnych znaczniejszych ofiar, ani wyrzeczeń ze strony pacjenta i utrzymuje go w dobrej kondycji fizycznej.

Przypadki cięższe

Oczywiście, że w przypadkach cięższych, szczególnie wobec objawów kwasicy (obecność acetonu i kwasu acetooctowego w moczu), wobec grożącej operacji, czy porodu, w przebiegu sprawy infekcyjnej (zapalenie płuc, gruźlica) insulinę należy podawać bez zwłoki — i to w wysokich stosunkowo dawkach, gdyż przypadki takie są zazwyczaj o wiele oporniejsze na jej działanie. Prawdopodobnie jakieś produkty rozpadu białka lub toksyny bakteryjne zobojętniają częściowo insulinę w tych przypadkach i osłabiają znacznie jej aktywność. Po opanowaniu infekcji, względnie po przebytej operacji wrażliwość na insulinę staje się znów normalna.

Tak np. w jednym z naszych przypadków cukrzycy u chorego z zaostrzeniem sprawy gruźliczej w płucach i wysoką ciepłotą trzeba było stosować po 500 jednostek insuliny dziennie w ciągu kilku tygodni, aby opanować cukromocz i kwasicę. Po uspokojeniu się procesu w płucach, na skutek zastosowanej odmy i leczenia ogólnego, pacjent ten pozostawał w równowadze węglowodanowej na 60 jednostkach insuliny dziennie.

W pewnych jednak przypadkach niewrażliwość na insulinę zależy od zupełnie innych czynników. Spostrzegać ją można nieraz w cukrzycy, skojarzonej ze schorzeniami innych gruczołów wkrewnych, szczególnie przysadki, tarczycy, lub nadnerczy. Zjawisko to jest zupełnie zrozumiałe w świetle znanego i wspomnianego już wyżej antagonizmu, jaki istnieje między trzustką, a tymi gruczołami.

Czynniki unieczynniające insulinę.

Możliwe jest wreszcie, że w pewnych warunkach powstają w ustroju czynniki chemiczne, unieczynniające insulinę. Wynika to z doświadczeń, w których wywoływano cukrzycę przez wstrzyknięcie kwasu moczowego królikom, którym uprzednio w ciągu pewnego czasu podawano pokarm, pozbawiony pewnych aminokwasów, a mianowicie cystyny i methioniny. U królików kontrolnych kwas moczowy cukrzycy nie spowodował. Nasuwać by to mogło przypuszczenie, że pewne zaburzenia przemiany białkowej w ustroju, stanowić mogą momenty, sprzyjające powstawaniu cukrzycy.

Stwierdzono wreszcie, że psy, pozbawione trzustki giną nieuchronnie w ciągu kilku miesięcy wśród objawów stłuszczenia wątroby, nawet jeżeli otrzymują dostateczną ilość insuliny. Można je natomiast utrzymać nieograniczenie długo przy życiu, jeżeli dodawać do pokarmu surową trzustkę, względnie lecytynę, a właściwie składnik tej ostatniej — cholinę. Istnieją więc niewątpliwie jakieś czynniki chemiczne, ściśle związane z przemianą materii ustroju, których mechanizm działania nie jest jeszcze dokładnie wyjaśniony, ale które muszą odgrywać dość ważną rolę w patogenezie cukrzycy i jej powikłań.

Nadwrażliwość na insulinę

W niektórych przypadkach spotkać się można z pewną nadwrażliwością w stosunku do insuliny. Zdarza się to nieraz u młodocianych diabetyków, względnie u starszych po pewnym czasie stosowania insuliny. Powstaje wówczas dla lekarza dość trudna sytuacja, gdyż małe dawki leku nie wystarczają do odcukrzenia chorego i obniżenia poziomu cukru we krwi, dawki zaś większe wywołują przykre wstrząsy hypoglikemiczne i mogą nawet okazać się niebezpieczne w skutkach, zwłaszcza u osób starszych ze zmianami miażdżycowymi w mięśniu sercowym, dla których, jak wiadomo, zbyt gwałtowne wahania poziomu cukru we krwi bynajmniej nie są obojętne. Cięższe napady hypoglikemii zdarzać się mogą zwłaszcza w nocy, w czasie dłuższej przerwy w przyjmowaniu pokarmu u osób, które otrzymują zastrzyki insuliny dwa lub trzy razy na dobę (w znacznej mierze zapobiega temu wprowadzenie do lecznictwa insuliny o działaniu zwolnionym, która w przeciwstawieniu do zwykłej, krystalicznej, nosi nazwę „depot-insuliny"). Idzie o to, że zwykła insulina, wprowadzona pod skórę, szybko się wchłania, i działanie jej osiąga swój szczyt po 3—4 godzinach, a wyczerpuje się całkowicie po 8—12 godzinach. Dlatego właśnie w ciężkich przypadkach cukrzycy uciekać się trzeba do 2, a nawet 3-krotnego w ciągu doby zastrzyku. Ale i ten sposób, pomijając już niewygody, związane z koniecznością kilkakrotnych wstrzykiwań w ciągu doby, nie zawsze zapobiega cukromoczowi.

Insulina protaminowo-cynkowa.

W 1936 roku zaczęto produkować tzw. **insulinę protaminowo-cynkową.** Jest to roztwór insuliny, do której dodano pewną ilość białka, protaminy, i cynku. W roztworze o odczynie obojętnym powstaje w tych warunkach zawiesina insuliny, połączonej z białkiem i cynkiem. Po wprowadzeniu tej zawiesiny podskórnie wyzwala się z niej pod działaniem fermentów tkankowych wolna insulina. Lecz wyzwalanie to odbywa się stopniowo, powoli i dlatego działanie leku jest znacznie łagodniejsze i wolniejsze, aniżeli zwykłej krystalicznej insuliny, szczyt działania przypada na 24 do 32 godzin po wstrzyknięciu, a całkowite wyczerpanie — po upływie 48, a nawet nieraz 72 godzin. W średnio ciężkich przypadkach cukrzycy można więc istotnie zastąpić wielokrotne w ciągu doby wstrzykiwanie zwykłej przez jednorazowe wstrzyknięcie insuliny protaminowo-cynkowej, a łagodne jej działanie zapobiega poniekąd powstawaniu stanów hypoglikemicznych.

Śpiączka kwasicza

Znaczny postęp w ostatnich latach osiągnięto w sprawie wyjaśnienia sposobu powstawania i postępowania leczniczego w zatruciu kwaśnym, a właściwie w tzw. śpiączce kwasiczej w cukrzycy. W erze przedinsulinowej śpiączka taka stanowiła najgroźniejsze powikłanie cukrzycy i niemal z reguły kończyła się śmiercią. Dzisiaj, zdaniem doświadczonych klinicystów, w prawidłowo leczonych przypadkach cukrzycy w ogóle nie powinno dochodzić do śpiączki, jednak przypadki podobne zdarzają się jeszcze, chociaż śmiertelność, która dawniej wynosiła, jak zaznaczyliśmy wyżej 63,8%, dziś spadła do 1,9%. Zasady leczenia śpiączki również uległy zmianie w ostatnich latach. Zatrucie kwaśne jest zjawiskiem b. złożonym i prowadzi do głębokich i różnorodnych zaburzeń biochemicznych w ustroju. Dawniejsze ujęcie kwasicy w świetle klasycznej dziś już nie wystarczającej i bodaj zupełnie obalonej — teorii chemicznej Knoopa sprowadzało się do tego, że w następstwie upośledzenia procesów spalania kwasów tłuszczo-

wych, a częściowo i aminowych, w ciężkiej cukrzycy następuje wadliwe i niedostateczne utlenianie łańcuchów węglowych tych kwasów. I oto z łańcuchów o parzystej ilości cząsteczek węgla powstają wskutek tego resztki niedotlenione, jak kwas acetooctowy i beta-oksy-masłowy przede wszystkim, których nagromadzenie się w ustroju powoduje właśnie zatrucie kwaśne i śpiączkę.

Kliniczny wyraz śpiączki kwasiczej to zaburzenia świadomości aż do zupełnej utraty przytomności, charakterystyczne wzmożenie oddechu, opisane przez **Kussmaula,** zapachu acetonu z ust, miękkość gałek ocznych wskutek odwodnienia, objawy zapadu krążeniowego i wreszcie niedomoga nerek z bezmoczem, co stanowi zazwyczaj ostatni akt tragedii, kończący się śmiercią, o ile nie nastąpi b. szybka, energiczna i celowa interwencja lecznicza.

Rozpoznanie śpiączki

Joslin twierdzi, że o wiele łatwiej jest uratować chorego w stanie śpiączki w ciągu pierwszej godziny, aniżeli w ciągu dalszych 23. Powiedzenie to ilustruje konieczność jak najszybszej pomocy lekarskiej. Przede wszystkim jednak trzeba być pewnym rozpoznania, co w niektórych nie zupełnie typowych przypadkach może nastręczać znaczne trudności. Tak więc zawał sierdzia, wylew krwi do mózgu lub nawet stan hypoglikemii u chorego na cukrzycę mogą być czasami mylnie przyjmowane za śpiączkę kwasiczą i oczywiście nieprawidłowo leczone. Otóż śpiączka w zatruciu kwaśnym występuje zazwyczaj w następstwie jakiejś infekcji (np. zapalenia płuc) lub ostrego zaburzenia trawiennego u chorego z cukrzycą i rozwija się na ogół stopniowo w ciągu kilkunastu godzin — kilku dni, podczas gdy zawał sierdzia i wylew powodują szybką utratę przytomności i nie muszą być poprzedzone jakąś dodatkową przyczyną. W śpiączce hypoglikemicznej (wskutek niedocukrzenia krwi) mamy w wywiadzie niedawno wykonany zastrzyk insuliny, brak zapachu acetonu z ust, brak objawów gwałtownej zapaści obwodowego układu krążenia (nos i dłonie ciepłe); wreszcie zbadanie natychmiastowe moczu na obecność cukru i ciał kwasicowych (acetonu i kwasu acetooctowego) oraz krwi na poziom cukru, co powinno być z reguły natychmiast wykonane w każdym przypadku podejrzanym o śpiączkę kwasiczą — rozstrzyga o rozpoznaniu. Wynika więc z tego, że tacy chorzy powinni być jak najśpieszniej umieszczeni w szpitalu, gdyż jedynie w warunkach szpitalnych mogą otrzymać odpowiednią pomoc i ratunek.

Leczenie śpiączki

Leczenie śpiączki powinno uwzględniać wszystkie wymienione wyżej momenty patofizjologiczne powstawania zatrucia kwaśnego i ma na celu **wyrównanie zaburzeń gospodarki wodnej i mineralnej, zobojętnienie nadmiaru kwasów we krwi chorego, przywrócenie prawidłowych stosunków w zakresie przemiany węglowodanów, tłuszczów i białek w ustroju, wreszcie zwalczanie powikłań,** jak infekcja, upadek krążenia itd., które spowodowały wystąpienie zatrucia kwaśnego, względnie towarzyszą mu.

Oczywiście, że najważniejszym czynnikiem leczniczym w tych przypadkach jest jak najszybsze dostarczenie ustrojowi odpowiedniej dawki **insuliny,** która bezpośrednio reguluje gospodarkę węglowodanową, przywraca prawidłowy cykl spalania glukozy i dzięki temu kładzie kres nadmiernemu wytwarzaniu ciał ketonowych w ustroju. Sprawdzianem skuteczności postępowania i normowania dawek insuliny będzie częsta — co ½ godziny — kontrola moczu na zawartość cukru i ciał kwasicowych, poziomu cukru we krwi i ewentualne określanie zasobu zasad w osoczu, aż do zupełnego opanowania sytuacji.

Druga zasada postępowania wynika z istnienia daleko w tych stanach posuniętych zaburzeń gospodarki wodnej i jonowej.

Na koniec postępowanie skierowane przeciwko towarzyszącym objawom, jak infekcja, zaburzenia trawienne, niedomoga krążenia, stanowi dalsze zadanie leczenia.

Przy podawaniu insuliny **pamiętać trzeba o niebezpieczeństwie, wynikającym z możliwości przedawkowania jej i wprowadzenia, w ten sposób pacjenta bezpośrednio ze stanu śpiączki kwasiczej w stan śpiączki hypoglikemicznej,** której skutki w tych warunkach, mogą być fatalne, gdyż nie zorientowanie się lekarza w sytuacji i dalsze podawanie insuliny oczywiście szybko kończy się śmiercią pacjenta. Dlatego już dawno zrezygnowano z wprowadzania naraz masywnych dawek insuliny w tych przypadkach.

Przeważająca liczba klinicystów stosuje obecnie frakcjonowany sposób podawania insuliny — częste wstrzykiwania w niewielkich dawkach przy ciągłej kontroli moczu, a jeżeli możliwe to i krwi.

A więc podawać można np. co godzinę po 100 j., lub jak niektórzy wolą — co pół godziny po 50 j. lub nawet co 15 minut po 15—20 j., aż do zupełnego odcukrzenia i odkwaszenia moczu i odzyskania przez chorego przytomności. Niektórzy radzą w początkowym okresie podawać insulinę wyłącznie dożylnie, gdyż wstrzyknięta podskórnie słabo się początkowo wsysa z powodu niedomogi krążenia, a następnie — wraz z poprawą tegoż szybko ulega wessaniu cała nagromadzona w międzyczasie jej ilość, tak że łatwo dojść może do groźnej hypoglikemii. Na ogół całkowita ilość insuliny, konieczna do wyprowadzenia chorego ze stanu śpiączki jest zupełnie indywidualna i może być określona jedynie w przebiegu leczenia.

Dawniej uważano za konieczne wprowadzanie dożylne jednocześnie z insuliną dużych ilości roztworu glukozy, oraz sody celem zobojętnienia kwasów. Dziś największy nacisk kładziemy na przywrócenie równowagi elektrolitycznej, zachwianej przez utratę dużych ilości stałych zasad (Na,K, Ca) i wody. Podajemy więc tym chorym zaraz na początku, jednocześnie z insuliną, po 2 do 4 litrów **płynu fizjologicznego dożylnie,** ew. razem z 5% glukozą, powtarzając zabieg ten po upływie

2—3 godzin, o ile stan chorego pozostaje ciężki. Jeżeli dzięki tym wszystkim zabiegom przytomność zaczyna powracać i pacjent może już samodzielnie przełykać, staramy się podawać mu doustnie możliwie **duże ilości płynów** w postaci bulionu, soków owocowych, kawy, herbaty nawet słodzonej, a następnie kleik lub mleko. Wreszcie lewatywa, środki nasercowe i tonizujące, czasami płukanie żołądka, który zwykle w tych stanach ulega rozstrzeni biernej, należą również do arsenału leczniczego.

Ustąpienie objawów

W ciągu całej pierwszej doby podawać należy insulinę w tempie i dawkach, regulowanych na podstawie wyników częstego badania moczu i jeśli to możliwe krwi — aż do ustąpienia objawów kwasicy. W pomyślnych warunkach, jeżeli leczenie rozpoczęto niezbyt późno, udaje się to osiągnąć zazwyczaj już w ciągu pierwszej doby. Wtedy postępujemy dalej z pacjentem tak, jak w każdym przypadku ciężkiej cukrzycy z kwasicą w myśl tego, co już wyżej było powiedziane. Jeżeli zatrucie kwaśne, wzgl. śpiączkę stwierdzono w warunkach pozaszpitalnych, należy niezwłocznie zapewnić odwiezienie chorego do szpitala, gdzie by miał odpowiednie warunki klinicznej obserwacji i leczenia, podając mu niejako na drogę zależnie od stanu 50 do 100 j. insuliny i polecając oczywiście zawiadomić o tym lekarza w szpitalu.

Cukrzyca zagadnieniem społecznym

Na zakończenie wspomnieć trzeba, że sprawa cukrzycy i jej leczenia posiada niewątpliwie wyraźny aspekt społeczny. Wobec znacznej częstości tego schorzenia i wskutek wybitnie przewlekłego przebiegu i leczenia stanowi ono nieraz dla dotkniętych nim jednostek zagadnienie b. trudne pod względem ekonomicznym i społecznym. Dlatego też w wielu krajach dąży się do zorganizowania leczenia tej choroby tak, aby udostępnić je i ułatwić zainteresowanym. Powstają więc specjalne poradnie, które kierują opieką pozaszpitalną nad tymi chorymi, wykonują wstrzykiwania insuliny i prowadzą rozległą akcję pedagogiczno-uświadamiającą. Szczególnie ważne jest wykorzystywanie pobytu szpitalnego dla przygotowania tych chorych do dalszego śledzenia za swoim cierpieniem sposobem niejako domowym, a to przez wyjaśnienie im zasad regulowania własnej diety i dawkowania insuliny w zależności od kontroli moczu (którą sami również mogą wykonywać), wreszcie przez nauczenie ich samym sobie wykonywać zastrzyki insuliny. Dzięki temu znacznej poprawie ulega sytuacja pacjentów i ich stan psychiczny, gdyż rozluźnia się znacznie ta stała i nieznośna dla niektórych konieczność ciągłego kontaktu z lekarzem i pielęgniarką, względnie z jakąś instytucją leczniczą.

M. Fejgin

RACHELA HUTNER

Pielęgnowanie chorego na cukrzycę

NA obecnym etapie rozwoju lecznictwa, rola szpitala wobec chorych na cukrzycę polega na określeniu indywidualnej dla chorego diety oraz na ustaleniu najodpowiedniejszej dla niego dawki insuliny. Zatem pobyt diabetyka (chorego na cukrzycę — przyp. red.) w szpitalu trwa z zasady krótko, sama zaś choroba — do końca życia. Wprawdzie w leczeniu cukrzycy kładzie się obecnie główny nacisk na nauczanie chorego już w szpitalu jak ma żyć i jakie reguły zachowywać ze względu na to schorzenie, trzeba jednak zrozumieć, że sprawa wcale nie jest łatwa. Trudności polegają nie tylko na przeciążeniu pracą personelu szpitalnego, ale także i w postawie samego pacjenta przerażonego rozpoznaniem choroby nieuleczalnej i zniechęconego perspektywą przestrzegania ścisłych rygorów nieustannie, do końca życia..., perspektywą codziennych zastrzyków, badań moczu, diety.

Społeczna służba zdrowia wtedy dopiero spełni swój cel, gdy indywidualnie, każdemu choremu przywróci wiarę w życie i ufność we własne siły, gdy chorego na cukrzycę przekona o konieczności ścisłego stosowania się do zaleceń lekarskich, gdy chory, przeświadczony o słuszności pouczeń, przyzwyczai się do ich dokładnego wypełniania. Ta właśnie rola na odcinku społecznej służby zdrowia przypada pielęgniarce domowej.

Skierowanie do chorego

W przeddzień wypisania chorego ze szpitala pielęgniarka domowa otrzymuje specjalne skierowanie do danego pacjenta. Skierowanie, obok danych personalnych (imię, nazwisko, wiek, adres itd.), zawiera rubryki, wypełniane częściowo przez lekarza, częściowo przez pielęgniarkę szpitalną. Lekarz pisze rozpoznanie i swoje zlecenia, zaś pielęgniarka szpitalna informuje czego się pacjent nauczył w szpitalu, jakie są cechy charakterystyczne w jego zachowaniu, czy dany chory będzie miał odpowiednie warunki domowe do prowadzenia dalszej kuracji itd. Na odwrocie skierowania są inne rubryki, które wypełnia już pielęgniarka domowa, pisząc o sytuacji domowej pacjenta, jego stanie ogólnym w domu, jak zaplanowała sobie opiekę nad tym chorym itd. Skierowanie takie odsyła się do szpitala dla utrzymania ciągłości opieki nad chorym.

W oznaczonym na skierowaniu czasie, pielęgniarka zjawia się w domu chorego. Pierwsze zetknięcie się z pacjentem i jego rodziną stanowi moment niezmiernie ważny, decydujący nieraz o powodzeniu lub niepowodzeniu pracy pielęgniarki. Samo przyjazne ustosunkowanie się do chorego, to jeszcze za mało... Pielęgniarka musi tak postępować, aby chory czerpał stąd wiarę w życie i pewność siebie.

Zadania pielęgnowania domowego

Na czym polega praca pielęgniarki domowej w opiece nad chorym na cukrzycę w domu?

Przede wszystkim na ogólnej opiece zdrowotnej, takiej jakiej wymaga każdy chory; dalej, na kontrolowaniu diety, podawaniu insuliny, badaniu moczu i najważniejsze, na konsekwentnym zmierzaniu do tego, by chory bezwzględnie spełniał wszystkie wspomniane zabiegi sam, żeby się „usamodzielnił". Nie oznacza to tylko, że trzeba chorego nauczyć techniki pewnych zabiegów, chory musi nauczyć się właściwie interpretować objawy swej choroby i musi umieć zapobiegać komplikacjom. Takich wiadomości oczywiście nie nabywa się szybko, pielęgniarka domowa powinna więc na wstępie ułożyć sobie plan postępowania z chorym.

Przede wszystkim trzeba przychodzić do chorego punktualnie, nie bacząc na nawał zajęć w rejonie, i własnoręcznie wykonywać zlecenia lekarskie tak, by nie czynić zamieszania w domu pacjenta. Zadanie takie ułatwi znajomość zasad i techniki pielęgniarstwa domowego.

Badanie moczu

Zestaw (zawsze w pogotowiu):

1. dwie, trzy probówki, „łapki" do trzymania probówek (mogą być zrobione z papieru kilkakrotnie zwiniętego, lub można je zastąpić trzymadełkiem do bielizny);
2. odczynniki;
3. lampka spirytusowa i zapałki;
4. pipetka;
5. naczynie do moczu (ewentualnie mały dzbanuszek).

Sposób wykonania — jak w pracowni.

Prędzej czy później chory sam nauczy się od pielęgniarki badania moczu i będzie to ostatni punkt w nauczaniu pacjenta, przedtem bowiem chory musi nauczyć się oceniać rolę diety, poznać działanie insuliny i znaczenie reakcji insulinowych oraz zrozumieć konieczność ochrony skóry.

1) Pielęgniarka wyjaśnia choremu właściwą interpretację zleceń lekarza i wskazówki udzielone przez dietetyczkę; wyjaśnia wpływ odpowiednio dobranej diety na objawy chorobowe; sprawdza, czy chory zdaje sobie sprawę z tego, które potrawy są dla niego zabronione, a które dozwolone. Ostateczne uregulowanie diety pacjenta w domu zależy przede wszystkim od uwzględnienia upodobań chorego, trzeba więc dążyć do tego, by spełniać w miarę możności życzenia pacjenta i podawać mu potrawy, do których przywykł. Nie należy bynajmniej zachęcać chorego do jedzenia czekolady, chleba itp., przygotowanych specjalnie dla chorych na cukrzycę, ideałem bowiem jest, aby z każdego posiłku czy to w restauracji czy u znajomych chory umiał wybrać dania, które są dla niego dozwolone.

2) Pielęgniarka powinna wytłumaczyć choremu jaki wpływ ma insulina na zawartość cukru we krwi, w jaki sposób wpływa na umożliwienie mniej więcej normalnego trybu życia, że insulina — w dosłownym sensie — nie leczy cukrzycy. Pielęgniarka musi wyjaśnić, że insulina może być sprzedawana w różnym stężeniu, że inne jest działanie insuliny „mętnej" a inne znów „przezroczystej", aby chory nie popełniał przypadkiem błędu zastępując jeden rodzaj insuliny — innym. Chory powinien również znać objawy uczulenia na insulinę protaminową.

3) Chory **m u s i** wiedzieć jakie są wczesne objawy niedoboru względnie przedawkowania insuliny, jak — na zapotrzebowanie insuliny — wpływa przemęczenie, przeziębienie, zaparcie stolca, wzruszenia psychiczne itp. Trzeba choremu wytłumaczyć dlaczego chory na cukrzycę powinien zawsze nosić przy sobie kilka kostek cukru oraz kartkę z imieniem, nazwiskiem, adresem, wzmianką iż jest chory na cukrzycę i jaką ma zleconą dawkę insuliny.

4) Człowiek chory na cukrzycę wykazuje wybitną skłonność do uporczywych zakażeń i zgorzeli, dlatego pielęgniarka powinna uświadomić pacjentów o konieczności utrzymywania skóry w skrupulatnej czystości. Specjalną uwagę należy zwrócić na pielęgnowanie nóg, ostrzegać przed nierozważnym wycinaniem paznokci względnie odcisków, ponieważ najdrobniejsze nawet uszkodzenia skóry goją się bardzo źle i wymagają natychmiastowej interwencji. Wskutek zmniejszenia odporności tkanek ustroju chorego na cukrzycę, trzeba pacjentowi przypominać, by nie utrudniał normalnego krwiobiegu przez noszenie ciasnych butów, obcisłych podwiązek i pończoch, przez zakładanie nogi na nogę itp.

Chory na cukrzycę **m u s i** regularnie zgłaszać się do lekarza i o tym powinna pamiętać jego pielęgniarka domowa.

Chciałabym jeszcze podkreślić rolę wychowawczą pielęgniarki domowej w opiece nad chorym na cukrzycę, aby chory nie buntował się przeciw swemu losowi, by chętnie, bez oporu przyjął na siebie obowiązek czynnej współpracy w leczeniu. Opieka nad chorym na cukrzycę jest wysiłkiem zbiorowym, zespołowym, jednak główną rolę w tym zespole odgrywa bez wątpienia sam pacjent, a powodzenie leczenia będzie tym lepsze, im lepiej chory zachowa równowagę psychiczną i wiarę w swoją użyteczność społeczną.

Rachela Hutner

M. MORZKOWSKA
mgr dietetyki

DIETA W CUKRZYCY

Ogólne wskazówki do zestawiania jadłospisów i przyrządzania potraw przy cukrzycy

Ilość składników pokarmowych, a często nawet dokładną ilość ściśle odważonych artykułów spożywczych określa lekarz indywidualnie dla każdego chorego na cukrzycę. Rzecz jasna, ilości tych trzeba dokładnie przestrzegać. Zdarzają się jednak wypadki, gdy jedne produkty trzeba zastąpić innymi, dlatego też każdy chory na cukrzycę lub pielęgnująca go osoba muszą znać przybliżoną bodaj zawartość węglowodanów, białka i tłuszczu w poszczególnych artykułach spożywczych.

WARZYWA w zależności od procentowej zawartości węglowodanów dzielimy na trzy grupy.

I grupa — warzywa zawierające około 3% węglowodanów. Dla ułatwienia będziemy podawać skład poszczególnych artykułów spożywczych w formie wzoru, gdzie na pierwszym miejscu postawimy w ę g l o w o d a n y, na drugim b i a ł k o, a na trzecim t ł u s z c z e. Np. 3—2—O.

Należą tu: zielona sałata, kapusta (świeża, kiszona, włoska, czerwona), jarmuż, szpinak, szparagi, fasolka szparagowa, boćwinka, kalafior, ogórki, rzodkiewki, rabarbar, szczaw, pomidory i grzyby.

II grupa — warzywa zawierające około 6% węglowodanów (6—2—0) Zaliczamy tu: buraki, kalarepę, pory, świeżą fasolę, kabaczki, selery, mieszaną włoszczyznę, brukiew, rzepę, czosnek, dynię, pastę pomidorową, młody zielony groszek, karczochy.

Przy zamianie jednych warzyw drugimi kierujemy się zawartością węglowowanów, np. zamiast przep sanych przez lekarza 300 g warzyw 6% możemy wziąć 600 g warzyw 3%.

III grupa — warzywa zawierające około 18% węglowodanów (18—3—0). Należą tu: salsefia, ziemniaki, kukurydza, suszona fasola. Np. za-

miast 100 g ziemniaków możemy wziąć 300 g warzyw 6%, ściślej — 200 g buraków i 100 g włoszczyzny.

OWOCE

Owoce 3% (3—1—0) — truskawki

Owoce 6—7% (6—1—0) — jagody, brzoskwinie, śliwki, arbuz

Owoce 9% (9—1—0) — morele, czarne jagody, wiśnie, żurawiny, agrest, cytryny, jeżyny

Owoce 12—15% (12—1—0) — czereśnie, mało słodkie jabłka, pomarańcze, maliny, gruszki mało słodkie.

PRODUKTY ZBOŻOWE

płatki owsiane	67 — 16 — 1
ryż	79 — 8 — 0
manna	76 — 11 — 1
chleb Grahama	52 — 9 — 2
chleb żytni	53 — 9 — 1
pieczywo pszenne	53 — 10 — 1

PRODUKTY ZWIERZĘCE

jaja (2 sztuki)	0 — 13 — 11
żółtko	0 — 16 — 33
białko	0 — 12 — 0
mleko pełne	5 — 3 — 4
twaróg (chudy)	1 — 16 — 2
ser śmietankowy	1 — 12 — 40
mięso wołowe (bez kości)	0 — 25 — 9
mięso cielęce	0 — 26 — 3
mięso wieprzowe	0 — 27 — 11
ryby chude	0 — 20 — 2

Przyrządzanie potraw dla chorych na cukrzycę

Spośród warzyw najodpowiedniejsze są jarzyny liściaste o barwie zielonej, t.j. grupa I (3%); przyrządzamy je b e z z a s m a ż e k, bez dodatku mąki, jak również bez dodawania tłuszczu, śmietany, mleka itp. ponad przepisane przez lekarza ilości.

WARZYWA, wbrew ogólnym zasadom, gotujemy w dużej ilości wody, a następnie odcedzamy je dla usunięcia większej części cukru.

SAŁATY przyrządza się z 1) sałat zielonych, 2) kiszonych ogórków, 3) warzyw gotowanych, 4) owoców zawierających poniżej 13% węglowodanów.

Część mięsa przeznaczonego do diety można dodać do mieszanych sałatek (kawałek pieczeni, gotowanego drobiu itp.). Do tych sałat mieszanych podajemy sos z żółtka i oliwy (względnie z oleju rafinowanego), z żółtka gotowanego (sos tatarski) lub z kwaśną śmietaną.

ZUPY. Za podstawę zup służy wyłącznie wywar z kości, mięsa lub ryb bez żadnych zasmażek, ani dodatków mąki. Najsmaczniejsze zupy to: barszcz czerwony, kapuśniak, zupa pomidorowa, zupa ogórkowa, kminkowa, kalafiorowa, zupa na kościach cielęcych (zaciągnięta żółtkiem), szparagowa ze śmietaną albo zaciągnięta żółtkiem.

Dla zwiększenia sytości można niektóre zupy podawać wraz z jarzynami, które zważone i poszatkowane należy poddusić z masłem lub w małej ilości wody i dodać do zupy.

Jarzyny podnoszą smak szczególnie takich zup, jak pomidorowa, kapuśniak, ogórkowa. Do zupy pomidorowej nadaje się również fasolka szparagowa skrajana w kostkę, albo poszatkowana kapusta włoska (zagotowana osobno w słonej wodzie bez przykrycia, dzięki czemu zachowuje ładny zielony kolor).

Warzywa zawierające ponad 3% węglowodanów, ale nie więcej niż 9%, nie wymienione przez lekarza w podanym zestawieniu (np. marchew, cebula, pietruszka itp.) mogą być dodawane do zup w ilości do 100 g lub spożywane w postaci mieszanej sałatki po w y g o t o w a n i u (po starannym obraniu wkładamy je do zimnej wody, wygotowujemy, odcedzamy i krajemy według gustu i przepisu dla danej potrawy).

POTRAWY Z JAJ I TWAROGU

Jaja podawać najlepiej w postaci omletu, naturalnie bez mąki, ze szpinakiem, mieszanymi jarzynami lub groszkiem. Można również podawać jaja w sosie beszamelowym, śmietanowym, majonezowym, musztardowym itp. Jeśli dozwolone są choremu ziemniaki, to część ich można użyć do wypieczenia babki z jaj („po nelsońsku"), albo do ziemniaków faszerowanych.

Miękki twaróg, roztarty ze śmietaną, stosuje się jako dodatek do sosów sałatkowych, jako główny składnik budyniu z sera lub jako kluseczki b e z m ą k i (utarty twaróg mieszamy z żółtkiem i kładziemy na wodę bardzo gorącą, ale nie wrzącą, na małym ogniu, aby ścinały się poniżej temperatury wrzenia wody).

POTRAWY Z MIĘSA I RYB

— należy dobierać bez sosów z mąki. Do mięsa mielonego nie wolno dodawać ani bułki, ani mąki. Mięso lub ryby w ilości przeznaczonej przez lekarza należy podawać w postaci smażonej, pieczonej, gotowanej lub jako galarety. W razie ograniczenia ilości tłuszczu, należy mięso i ryby o p i e k a ć.

DESERY

Najodpowiedniejsze są kompoty z sacharyną, galaretki z mleka lub owoców. Bardzo pożądane są owoce na surowo, w ilości przepisanej przez lekarza, przy czym, tak jak w wypadku warzyw, możemy niekiedy przeprowadzać zmiany, na przykład zamiast 100 g owoców 9% (morele, jagody) — podawać 300 g owoców 3% (truskawki, poziomki itp.).

M. Morzkowska

Dr med. JULIA STARKIEWICZOWA

Biegunki letnie niemowląt

KRZYWA śmiertelności niemowląt w miesiącach letnich, od czerwca do września wykazuje wyraźne wzniesienie, co zależy od masowej zachorowalności na biegunki letnie. Biegunki letnie niemowląt dają w ogóle śmiertelność bardzo dużą, a w pewnych środowiskach, zwłaszcza pozbawionych racjonalnej opieki nad niemowlętami śmiertelność dochodzi do 50%.

Ministerstwo Zdrowia już w roku ubiegłym rozpoczęło akcję przeciwbiegunkową, stawiając kwestię biegunek letnich na jednym z czołowych miejsc wśród zagadnień służby zdrowia. Akcja ta oczywiście musi być obliczona na lata i absolutnie nie można spodziewać się szybkich wyników, nie wolno nam jednak zniechęcać się dotychczasowymi niepowodzeniami.

Zapobieganie

Walkę z biegunkami należy rozpocząć od zapobiegania tym schorzeniom. Zapobieganie polega na podniesieniu ogólnego stanu sanitarnego kraju (tępienie much, walka o czystość i stan sanitarny ustępów, kontrola wody do picia itd.), a przede wszystkim na racjonalnym pielęgnowaniu niemowląt. Pracę tę podjąć muszą poradnie B, czyli poradnie dla małych dzieci. Należy pouczyć matki o zasadach racjonalnego pielęgnowania niemowlęcia, trzeba je niejako wychować, by zwalczyć różne niewłaściwe nawyki i często głęboko zakorzenione przesądy. Praca ta wymaga niesłychanie dużo cierpliwości i wyrozumiałości, dlatego tylko osobisty kontakt z matkami inteligentnej i wytrwałej pielęgniarki z Ośrodka podczas odwiedzin w domu może dać dobre wyniki. Tego rodzaju praca, początkowo bardzo ciężka, staje się pracą wdzięczną z chwilą, gdy matki, przekonane o skuteczności naszych porad, nabierają do nas zaufania i zaczynają liczyć się z naszym zdaniem.

Propaganda poradni B

Doniosłe znaczenie ma **propaganda zapisywania dzieci do poradni** bezpośrednio po wyjściu ich z zakładu położniczego. Znacznie łatwiej jest poprowadzić prawidłowo niemowlę od początku, niż później odrabiać błędy matki poczynione przez nieświadomość, a prowadzące do niestrawności, wyniszczenia niemowlęcia, czyraczności itp., co może być również przyczyną wtórnych zaburzeń jelitowych. Personel zakładów położniczych powinien propagować wczesne zapisywanie do Ośrodka.



Już w zakładzie położniczym pielęgniarka powinna namawiać i przekonać matkę, aby nie rezygnowała z karmienia piersią

Poradnia B podejmuje dalszą opiekę nad niemowlęciem, poucza matkę o właściwym pielęgnowaniu, w szczególności o prawidłowym kąpaniu, odpowiednim ubieraniu, stosownie do pory roku, o ważności przebywania na powietrzu, o prawidłowym i regularnym karmieniu itd.

Należy zwracać uwagę, że **przegrzewanie** dziecka może być jednym z czynników wywołujących biegunkę, względnie niemowlę ze zwykłą niestrawnością doprowadzić może do ciężkiej biegunki, przebiegającej z odwodnieniem ustroju.

Karmienie piersią

Do podstawowych zadań Ośrodka należy propaganda **karmienia piersią**. Pomimo udoskonalenia odżywiania sztucznego, pozostaje nadal słuszne twierdzenie, że dzieci karmione piersią znacznie rzadziej chorują na biegunki, a już prawie nigdy na ciężkie ich postacie. Toteż przekonywanie matek o konieczności karmienia piersią jest jedną z najważniejszych metod walki z biegunkami niemowląt. Niezmiernie zwłaszcza ważne jest karmienie piersią w okresie letnim, od czerwca do września.

Olbrzymi spadek odsetka matek karmiących piersią daje się zauważyć od szeregu lat. Przekonują nas o tym następujące liczby, według Gromskiego z Warszawy: matek karmiących piersią było w roku 1924 — 62,4%, w 1925 r. — 58,5%, w 1926 r. — 50,6%. Według Łąckich z Warszawy: matek, karmiących piersią do piątego miesiąca życia oseska, było w roku 1934/35 — 26,7%. Dane te przekonują o konieczności propagowania karmienia piersią.

Karmienie sztuczne

Odżywianie sztuczne musi być zracjonalizowane, w tym celu trzeba zwrócić uwagę na należytą pracę kuchni mlecznej. Wiąże się z tym sprawa dostarczania odpowiedniego mleka dla niemowląt. Konieczna jest weterynaryjna kontrola obór, przeglądy lekarskie personelu dojącego krowy (zwłaszcza kontrola w kierunku gruźlicy i nosicielstwa duru i czerwonki), odpowiedni transport mleka itd. Sprawa ta nie jest jeszcze rozwiązana nawet w wielu większych miastach. Biorąc pod uwagę szkodliwy wpływ nieodpowiedniego mleka na zdrowie niemowlęcia, a zwłaszcza możliwość powodowania biegunek, należy raczej stosować mieszanki z pełnego **mleka sproszkowanego.** Odżywianie mlekiem sproszkowanym daje dobre wyniki, dzięki niemu zmniejszyła się w wielu środowiskach zapadalność na biegunki i przewlekłe zaburzenia odżywiania.

Wczesne leczenie

W zapobieganiu biegunkom letnim dużą rolę odgrywa sumienna praca pielęgniarek i lekarzy żłobków, domów dziecka, ambulatoriów dla dzieci i innych instytucji dziecięcych oraz ścisły kontakt zakładów tego rodzaju ze szpitalem dziecięcym. Nie wolno dopuszczać do tego, by dzieci dostarczano do leczenia szpitalnego zbyt późno, w stanie ciężkiego zatrucia i odwodnienia, ze zmianami nie dającymi się odwrócić najnowocześniejszymi nawet metodami leczniczymi.

Poradnie B zajmują się nie tylko zapobieganiem biegunkom, lecz także i leczeniem ich. Do leczenia biegunek w okresie letnim wszystkie



Dziś dzieci są zdrowe. Trzeba pomyśleć jednak o ich przyszłości po wyjściu z zakładu położniczego i — propagować poradnię B

niemowlętami muszą się zawczasu przygotować i zaopatrzyć się w dostateczną ilość sproszkowanego mleka, ryżu, nutrosanu, laktosanu, kwasu mlekowego (do zakwaszania mieszanek), sulfaguanidyny i marchwi do diet pektynowych.

Prostą niestrawność lub lekki katar jelita grubego leczymy dietą wodną w ciągu 9—12 godzin (lekka herbatka słodzona nutrosanem co 2 godziny po 30—50 g). Po diecie wodnej chętnie stosujemy zupę marchwiową (100 g marchwi i 3 g soli gotuje się w 1 litrze wody w ciągu 2 godzin, przeciera się i uzupełnia przegotowaną wodą do 1 litra). Zależnie od ciężkości przypadku podajemy mniej lub więcej zupy marchwiowej, na ogół w ciągu 2—3 dni, poczem poradnie, ambulatoria itp. instytucje opieki nad przechodzimy stopniowo na pokarm kobiecy lub na dietę dyspeptyczną starego typu (maślanka, mleko białkowe, mieszanki mleczne zakwaszane kwasem mlekowym lub cytrynowym) zastępując każdego dnia 1—2 zupy marchwiowe odpowiednimi mieszankami.

Ciężkie przypadki

Przypadki ciężkie — biegunki z wymiotami — leczy się oczywiście w szpitalu. Częste wypróżnienia i wymioty prowadzą do odwodnie-

nia ustroju i pozbawienia go soli, powodując tym samym groźne zatrucie, przeto jedynym skutecznym leczeniem jest stosowanie w ciągu



Sama mnie karm, mamo, ja nie chcę mieć biegunki!

24—48 godzin dożylnych lub doszpikowych kroplówek z płynów o odpowiednim składzie. Po kroplówkach nawadnia się ustrój dziecka drogą doustną lub pozajelitową (infuzje podskórne). Nawodnienie ustroju jest zasadniczym momentem leczniczym, bez niego wyleczenie nie jest możliwe. O tym trzeba pamiętać. Dla podniesienia sił żywotnych i odporności, dla zwalczenia niedokrwistości i powiększenia ilości krwi krążącej bardzo celowa jest transfuzja krwi. Sulfamidami i penicyliną zwalcza się zakażenie bakteryjne.

Całość leczenia wymaga wspólnego wysiłku lekarza i pielęgniarki, sumienności, umiejętności i systematyczności, wtedy w stanach bardzo ciężkich osiągniemy dobre wyniki.

Julia Starkiewiczowa

Zdjęcia wykonano w Szkole Piel. nr 3
Fot. Olejniczak

Dr TEOFILA LEWENFISZ-WOJNAROWSKA

ZALETY KARMIENIA PIERSIĄ

MLEKO kobiece jest najodpowiedniejszym pokarmem dla niemowlęcia, zwłaszcza w pierwszych tygodniach życia. Odżywianie piersią jest łagodnym przedłużeniem życia płodowego i nie ulega wątpliwości, że „rozszczepienie płodu od matki, spowodowane akcją porodu, zostaje złagodzone przez odżywianie dziecka piersią matki.

„Każde dziecko ma niezłomne prawo do piersi swej matki; mleko i serce matki są nie do zastąpienia“ — ileż słuszności zawiera znane i często powtarzane zdanie francuskiego uczonego Pinarda.

Dietetyka niemowląt, metody sztucznego odżywiania, produkcja mleka sproszkowanego rozkwitły w latach ostatnich do niezwykłych rozmiarów, postępy i osiągnięcia sztucznego odżywiania są imponujące, a jednak żadna dieta oparta na mleku krowim nie powoduje u niemowlęcia takiego dobrostanu, jaki stwierdzamy u dzieci karmionych piersią.

Obowiązek macierzyństwa

Karmienie piersią wywiera bezsprzecznie korzystny wpływ na matkę: matki karmiące szybciej wracają po połogu do zdrowia. Przyczynia się do tego właściwa korelacja gruczołów.

Również psycholodzy podkreślają dodatni wpływ karmienia na psychikę matki: Matka karmiąca swe dziecko piersią czuje się dumna i szczęśliwa. Stwierdzono wielokrotnie, że uczucie mniejszej wartościowości niektórych chorych kobiet ustępuje często bez śladu w okresie karmienia. Karmienie dziecka jest wprawdzie obowiązkiem matki, niemniej jednak związane jest z pewną ofiarą z jej strony, która jednocześnie wzmacnia i wzbogaca miłość macierzyńską. Poza tym zauważono, że dziecko instynktownie bardziej przywiązuje się do matki, która karmi je piersią.

Pinard, opierając się na dużym materiale statystycznym twierdzi, że 96—98 % kobiet jest

zdolnych do karmienia piersią swoich dzieci. Sandforel na 4622 przypadkach stwierdził, że 56 % kobiet było w stanie karmić dzieci wyłącznie piersią. 30 % musiało się uciec do karmienia mieszanego, a tylko 14 % matek nie mogło karmić dzieci piersią.

Obie wymienione statystyki nie obejmują przypadków, w których karmienie piersią jest bezwzględnie przeciwwskazane, a więc: matki, które mają lub miały czynną sprawę gruźliczą nie powinny karmić, mogą bowiem narazić dziecko na zakażenie gruźlicą, a poza tym ich choroba może ulec zaostrzeniu; powikłania porodowe lub poporodowe, jak krwotok, zakażenie, rzucawka — są również przeciwwskazaniem do karmienia dziecka.

Karmienie piersią jest najprostszą, najbardziej ekonomiczną, najczystszą i najlepiej przystosowaną metodą karmienia. Technika odżywiania piersią jest wybitnie łatwa i matki, najbardziej nawet niedoświadczone opanowują ją po kilku minutach.

Odżywianie sztuczne jest o wiele bardziej skomplikowane; wymaga ono starannego mycia butelek, dokładnego przygotowywania mieszanek, unikania błędów w proporcji dobierania różnych składników.

Matki twierdzą często, że mleko ich jest nieodpowiednie i zbyt pochopnie odstawiają dziecko od piersi. Postępowanie takie może spowodować ciężką chorobę lub nawet śmierć niemowlęcia. Doświadczenie wszystkich pediatrów dowodzi, że karmienie piersią w odpowiedni sposób zapewnia dziecku należyty rozwój fizyczny. Wprawdzie zdarza się, że dzieci nawet karmione piersią wykazują czasem pewien stopień niedożywienia lub zapadają na niestrawność, to jednak przed szukaniem przyczyny tych zaburzeń w jakoby nieodpowiednim mleku, należy koniecznie dokładnie zastanowić się nad możliwością innej, istotnej przyczyny.

Siara

W zależności od składu chemicznego mleka dzielimy laktację na 3 okresy. Podczas pierwszych 5—8 dni po porodzie pierś produkuje s i a r ę. Dopiero w końcu pierwszego miesiąca mleko ma swój stały charakter, w międzyczasie zaś — charakter p r z e j ś c i o w y. Przejście siary w mleko odbywa się poprzez stopniowe zmniejszanie się ilości cukru i tłuszczu.

Theobald Smith wykazał, że siara krowia posiada przeciwciała, chroniące cielęta przed zakażeniem pałeczką okrężnicy. W siarze kobiety podobnych przeciwciał dotychczas nie stwierdzono. Siara kobiety zawiera natomiast duży odsetek e u g l o b u l i n y, to jest tej frakcji białkowej, z którą związane są przeciwciała. Siara jest znacznie gęstsza od mleka; jej ciężar gatunkowy wynosi 1050—1060.

Barwa siary jest cytrynowo-żółta. Siara w stosunku do mleka zawiera 5—6-krotnie większą ilość białka, 2-krotnie większą ilość soli mineralnych, natomiast mniej tłuszczu i cukru. Wartość kaloryczna siary wynosi 52—57 kalorii w 100 cm³. Siara posiada działanie przeczyszczające, dzięki czemu ułatwia wydalanie smółki.

	Tłuszcz.	Białko.	Cukier.	Sole mineralne	Woda.
Mleko kobiece:	4%	1,25%	7%	0,25%	87,7%
Mleko krowie:	4%	3,5%	4,5%	0,75%	87,25%

Doskonałość proporcji

Mleko kobiece utrzymuje niemowlę w stanie waniu każdego odżywiania, naturalnego czy sztucznego: p r z e z p i e r w s z e 15 d n i ż y c i a j e s t o n o k o n i e c z n e. Liczne doświadczenia wykazały, że śluzówka przewodu pokarmowego noworodków, jako niedostatecznie rozwinięta, jest przepuszczalna dla obcego białka i dla drobnoustrojów. Stopniowo dopiero nabłonek śluzówki różnicuje się, jego odporność wzrasta, a wraz z tym zwiększa się zdolność przyswajania białka obcogatunkowego.

Mleko kobiece utrzymuje niemowlę w stanie ciepłym, świeżym i niezakażonym drobnoustro-

jami. Jest ono alkaliczne lub amfoteryczne. Ciężar gatunkowy mleka kobiecego wynosi 1030, wartość kaloryczna zaś 70 kalorii w 100 cm^3.

Mleko kobiece zawiera zasadnicze elementy odżywcze w idealnej proporcji jakościowej i ilościowej. Białko mleka kobiecego (1,25 %) składa się z kazeiny, laktalbuminy oraz z małych ilości globulin. Mleko kobiece zawiera zatem prawie 3 razy mniej białka od mleka krowiego.

Na uwagę zasługują również różnice jakościowe. Mleko kobiece zawiera 60 % laktalbuminy i tylko 40 % kazeiny, natomiast w mleku krowim 85 % przypada na kazeinę, a tylko 15 % na laktalbuminę. Laktalbumina ma większą od kazeiny wartość odżywczą. Kazeina mleka kobiecego strąca się w żołądku w delikatne, miękkie kłaczki, które łatwo ulegają trawiennemu działaniu soku żołądkowego.

TŁUSZCZ mleka kobiecego składa się prawie wyłącznie z tłuszczów obojętnych: palmityny, stearyny i oleiny. Mleko kobiece zawiera więcej, aniżeli mleko krowie, łatwo wchłaniającej się oleiny. Toteż normalnie, donoszone niemowlę radzi sobie dobrze z trawieniem tłuszczu mleka krowiego. Natomiast u dziecka słabego, niedonoszonego łatwo mogą wystąpić zaburzenia w trawieniu.

Aczkolwiek średnia zawartość tłuszczu w mleku kobiecym wynosi 4%, to jednak wahania są duże, od 2—6%. Koncentracja tłuszczu w mleku kobiecym zależy w znacznym stopniu, choć nie wyłącznie, od ilości tłuszczu w pożywieniu matki. Zawartość tłuszczu w mleku jest różna, zależnie od czasu pobrania próbki: w pierwszych porcjach stwierdza się tylko 1% tłuszczu, natomiast w końcowych porcjach 7—8%.

Analiza mleka na zawartość tłuszczu nie ma żadnego znaczenia, jeżeli próbka nie zawiera całej ilości mleka z jednego karmienia.

CUKIER — laktoza znajduje się w mleku kobiecym w ilości 7%, a więc w znacznie większym stężeniu, niż w mleku krowim. Wahania zawartości cukru w mleku są nieznaczne.

SOLE MINERALNE, aczkolwiek w znacznie mniejszej ilości, niż w mleku krowim, są jednak lepiej przyswajane i aż do 4—5 miesiąca życia całkowicie pokrywają zapotrzebowanie niemowlęcia. Tak na przykład niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza, spostrzegana czasem u dzieci zbyt długo karmionych mlekiem krowim, bardzo rzadko występuje u dzieci karmionych piersią. Niemowlę zatrzymuje bowiem 75% żelaza, zawartego w mleku kobiecym, a tylko 34% żelaza z mleka krowiego.

Wolne od bakterii

Mleko kobiece jest na ogół wolne od bakterii. Czasami tylko wykrywa się nieliczne paciorkowce, które pochodzić mogą z brodawek lub z zewnętrznych odcinków przewodów mlecznych. Mleko krowie natomiast jest prawie zawsze zakażone; w większości przypadków są to bakterie, niechorobotwórcze, należące do grupy drobnoustrojów powodujących fermentację, które przyczyniają się do zakwaszenia mleka. Mleko krowie jest jednak doskonałą pożywką dla wielu bakterii chorobotwórczych, przez co może stać się źródłem epidemii duru, błonicy, płonicy itp.

Wnioski końcowe

Mleko kobiece wymaga mniejszej pracy trawiennej, aniżeli mleko krowie. Opróżnianie się żołądka z mleka kobiecego następuje znacznie szybciej, niż z mleka krowiego.

Przekarmianie dziecka piersią zdarza się znacznie rzadziej niż w przypadku karmienia sztucznego. Niemowlę karmione piersią zrzuca przeważnie nadmiar wyssanego mleka, natomiast dziecko sztucznie karmione cierpi na niestrawność po zbyt obfitych porcjach mleka.

Statystyka obrazująca w liczbach ilość zachorowań i zgonów wśród niemowląt karmionych piersią jest znacznie mniejsza, niż wśród dzieci karmionych sztucznie.

Dzieci karmione piersią są bardziej odporne, mleko kobiece zawiera bowiem dostateczną ilość kwasów aminowych, niezbędnych do wytwarzania globulin typu gamma, związanych ze zjawiskami odpornościowymi.

Zadaniem każdego lekarza, każdej pielęgniarki, każdego pracownika służby zdrowia jest gorące namawianie matek do karmienia dzieci piersią, bowiem najlepszy stan zdrowia zapewnia się niemowlęciu przez żywienie go mlekiem matki.

Teofila Lewenfisz-Wojnarowska

Dr B. MOSLER
Insp. Dep. Matki i Dziecka
Min. Zdrowia

OSTRE CHOROBY ZAKAŹNE U DZIECI

Polska Ludowa nieustannie troszczy się o poprawę stanu zdrowotnego ludności. Sieć instytucji opieki otwartej i zamkniętej w stosunku do okresu przedwojennego rozszerzyła się znacznie, a plan 6-letni przewiduje dalszy jej rozwój. Dzięki ofiarnemu wysiłkowi pracowników służby zdrowia znacznej poprawie uległa również i **jakość** opieki zdrowotnej.

Prezydent Bierut w referacie swym na IV plenarnym posiedzeniu Komitetu Centralnego PZPR i Centralnej Komisji Kontroli Partyjnej w dniu 8 maja 1950 r. powiedział:

„Nie bez znaczenia jest w skali całego kraju, szczególnie dzięki Ziemiom Odzyskanym, poprawa warunków sanitarnych, mieszkaniowych i opieki nad zdrowiem. Mamy duże osiągnięcia w zwalczaniu chorób zakaźnych. Zmniejszyła się śmiertelność, wzrasta przyrost naturalny. Oto niezwykle wymowne cyfry:

na 1.000 osób przypadało

	w latach 1936—38	w r. 1949
zgonów	14,1	11,5
przyrost naturalny	11,2	17,3

Na Ziemiach Odzyskanych przyrost naturalny wyniósł 24,6 na 1.000 ludności.

Na 10.000 ludności umierało (dane z 6 miast)

	w latach 1936—38	w r. 1948
a) na gruźlicę płuc	16,0	11,0
b) samobójstw	3,3	1,3

Nigdy Polska nie miała tak małej liczby zgonów i tak wysokiej liczby małżeństw, a od pół wieku tak dużego przyrostu naturalnego, jak w w ostatnich 2 latach".

Wypowiedź Prezydenta Bieruta nakłada na nas, pracowników Służby Zdrowia, obowiązek jeszcze bardziej wzmożonej pracy. Nie wolno nam poprzestać na dotychczasowych osiągnięciach, musimy systematycznie ujawniać niedociągnięcia w naszej pracy, krytycznie je oceniać i dążyć do ich usunięcia.

Spójrzmy krytycznie na odcinek naszej walki z ostrymi chorobami zakaźnymi u dzieci. Wiadomo, że choroby te odgrywają niemałą rolę w śmiertelności dziecięcej. Odra i krztusiec, prowadząc często, zwłaszcza u niemowląt, do różnych powikłań, jak np. zapalenie płuc, są chorobami bardzo niebezpiecznymi dla wieku niemowlęcego.

Szerzenie się ostrych dziecięcych chorób zakaźnych i związane z tym okresy kwarantanny w żłobkach i przedszkolach wpływają również ujemnie i na naszą gospodarkę planową. Matki bowiem dzieci, dotkniętych ostrą chorobą zakaźną lub też matki dzieci, które były z tymi chorymi w kontakcie i na skutek tego nie mogą uczęszczać do żłobka lub przedszkola, zmuszone są opuszczać na dłuższy czas swój warsztat pracy i pozostawać z dzieckiem w domu. Taki stan rzeczy odrywa matki od pracy produkcyjnej i społecznych. Wypadków takich jeszcze mamy niestety wiele.

Jasne jest, że władze sanitarne bez współudziału wszystkich pracowników służby zdrowia i społeczeństwa nie potrafią przeprowadzić skutecznej walki z ostrymi chorobami zakaźnymi u dzieci. Dlatego też każdy pracownik służby zdrowia, każda pielęgniarka i lekarz powinni zadać sobie pytanie, jaki jest ich wkład w tę walkę.

Trzeba przyznać, że jeszcze część, i to niemała, lekarzy i pielęgniarek, nie docenia ważności tego zagadnienia, odnosi się do niego lekkomyślnie, nie poczuwa się do współodpowiedzialności za szerzenie się chorób zakaźnych wśród dzieci.

Spotykamy, niestety, wypadki, że lekarze nie zgłaszają władzom sanitarnym ostrej choroby zakaźnej stwierdzonej u dziecka, dotyczy to zwłaszcza ospy wietrznej, świnki, odry i krztuśca. Takie postępowanie musi spotkać się z jak najostrzejszym wystąpieniem ze strony wszystkich pracowników służby zdrowia.

Brak należytego uświadomienia w społeczeństwie, a także brak nadzoru nad zgłaszającymi się chorymi powoduje wprowadzenie dzieci z ostrymi chorobami zakaźnymi do poczekalni poradni dziecięcych, gabinetów pediatrycznych w Ubezpieczalni Społecznej i lekarzy rejonowych, a tym samym przyczynia się do dalszego szerzenia się tych chorób.

Częste infekcje i w następstwie długotrwałe kwarantanny w żłobkach, domach małych dzieci i w przedszkolach mają swoje źródło w lekko-

myślnym kierowaniu do nich dzieci w okresie wylęgania ostrej choroby zakaźnej, gdyż ani lekarz ani pielęgniarka nie zadali sobie trudu, by przed skierowaniem dziecka wyjaśnić, czy w ostatnich 2 tygodniach nie miało ono kontaktu z ostrą dziecięcą chorobą zakaźną.

Zdarza się często, że instytucje dziecięce nie są powiadomione o tym, iż dziecko uczęszczające do nich jest chore na chorobę zakaźną, bądź też, że było z taką chorobą w kontakcie.

Przy wzmożonej czujności przy kierowaniu dzieci do szpitali (oddziałów) dziecięcych można by również uniknąć szeregu infekcji i kwarantanny w tych szpitalach.

Przytoczone wyżej braki i niedociągnięcia w naszej pracy musimy jak najprędzej zlikwidować.

Każdy lekarz i pielęgniarka, pracujący na odcinku ochrony zdrowia dziecka, muszą przystąpić aktywnie do współpracy z władzami sanitarnymi w walce z ostrymi chorobami zakaźnymi u dzieci. Ogromną rolę w tej walce odgrywa i odegrać powinna pielęgniarka. Ona bowiem, najbliżej związana ze środowiskiem wskutek przeprowadzania odwiedzin domowych, może i powinna wyławiać wypadki chorób zakaźnych i donosić o nich władzom sanitarnym. Gdy lekarz stwierdzi u dziecka ostrą chorobę zakaźną, pielęgniarka powinna dopomóc mu w wykryciu źródła zakażenia, wyjaśnić, czy dziecko już chore uczęszczało do instytucji dziecięcej (żłobek, dom małego dziecka itd.) oraz jakie dzieci stykały się z nim w okresie choroby. Uzyskane informacje powinna pielęgniarka przekazać bezzwłocznie władzom sanitarnym, a także jeśli to tylko możliwe zainteresować również instytucję dziecięcą. Umożliwi to przeprowadzenie na czas koniecznej dezynfekcji i odizolowanie dzieci, które miały z chorym kontakt, by tym samym uchronić instytucję przed szerzeniem się infekcji i powtórną kwarantanną.

Rola pielęgniarki nie kończy się jednak na tym. Pielęgniarka powinna być doradcą rodziców w wypadku, gdy chore dziecko pozostaje na leczeniu w domu, pouczać ich jak pielęgnować i uświadamiać o tym, jak powinna wyglądać i jak długo trwać właściwa izolacja chorego dziecka. Pielęgniarka powinna kontrolować, czy rodzice przestrzegają tej izolacji.

Nie mniej ważną rolę powinna pielęgniarka odegrać w walce z szerzeniem się ostrych chorób zakaźnych na skutek kontaktu dzieci w poczekalniach lekarskich. We wszystkich placówkach opieki otwartej dla dzieci należy wprowadzić system filtru. System taki polega na tym, że zanim dziecko wejdzie do poczekalni, pielęgniarka przeprowadza z matką krótki wywiad, ogląda skórę i śluzówkę jamy ustnej dziecka i dopiero wtedy zezwala na przejście do poczekalni, gdy stwierdzi, że dziecko nie ma objawów ostrej choroby zakaźnej. W przeciwnym razie umieszcza dziecko w oddzielnym pokoju, gdzie lekarz powinien natychmiast je zbadać. W poradniach profilaktycznych (poradnia B, stacja opieki nad matką i dzieckiem), należy izolować każde dziecko chore, a nie tylko chore na ostrą chorobę zakaźną.

Filtr trzeba urządzać przy wejściu do lokalu, jeszcze przed rejestracją i poczekalnią; może on być urządzony w oddzielnym pokoiku, względnie w holu lub sieni, gdzie stoi stół i krzesło dla pielęgniarki.

Urządzenie filtru w żłobku w celu przeprowadzania codziennie przeglądu dzieci przynoszonych do żłobka, ma ogromne znaczenie, w zapobieganiu chorobom zakaźnym w żłobkach. Pielęgniarka powinna codziennie w obecności matki mierzyć temperaturę, oglądać skórę i gardło dziecka, by nie dopuścić chorego dziecka do skupiska dzieci zdrowych.

Pielęgniarka żłobka i przedszkola musi interesować się, dlaczego dziecko jest nieobecne, by ewentualnie dowiedzieć się jak najszybciej o każdym wypadku ostrej choroby zakaźnej i przedsięwziąć kroki dla zabezpieczenia żłobka lub przedszkola przed szerzeniem się infekcji.

Konieczna jest szeroka akcja uświadamiania społeczeństwa. W tej akcji pielęgniarka powinna wziąć czynny udział, przeprowadzać pogadanki o zwalczaniu ostrych chorób zakaźnych u dzieci w poradniach, żłobkach, w środowiskach domowych i w zakładach pracy, zatrudniających kobiety.

W pracy swej pielęgniarka powinna się oprzeć o czynnik społeczny; dopomóc jej mogą aktywistki Ligi Kobiet, ZMP i Komitetów Blokowych.

Dotychczasowa społeczna postawa większości pracowników służby zdrowia stanowi gwarancję, że prowadzimy skuteczną walkę na odcinku zwalczania ostrych chorób zakaźnych u dzieci.

B. Mosler

MARIA BARBARA JEZIERSKA
Piel. Min. Zdrowia

Praca pielęgniarki w żłobku

ŻŁOBEK, jako zakład społecznej służby zdrowia, powinien zapewnić dziecku (w wieku od 6 tygodni do 3 lat) na czas pracy matki:

1) opiekę lekarsko - pielęgniarską i wychowawczą,
2) racjonalne odżywianie,
3) odpowiednie miejsce pobytu.



Przykro jest rozstać się z mamą... Ale pod serdeczną opieką pielęgniarki szybko wraca humor i ochota do zabawy

WAF

Praca w żłobku powinna iść równocześnie w kierunku zapobiegania chorobom wśród dzieci przez roztoczenie należytej opieki lekarsko-pielęgniarskiej. Żłobek obowiązany jest nawiązać ścisły kontakt z rodzicami dziecka, by przez uświadamianie o racjonalnym pielęgnowaniu dzieci dążyć do podniesienia poziomu higienicznego i kulturalnego rodziny.

Nadzór nad zdrowiem dzieci w żłobku sprawuje lekarz, mający do pomocy pielęgniarkę. Do obowiązków pielęgniarki należy:

a) kierowanie wszystkimi czynnościami, związanymi z pielęgnowaniem dzieci;

b) wykonywanie zleconych przez lekarza zabiegów według obowiązujących metod i we właściwym czasie;

c) odnotowywanie wykonanych i przekazywanie na piśmie swojej następczyni nie wykonanych zabiegów;

d) przygotowywanie dzieci do badań lekarskich i pomoc przy badaniu;

e) informowanie lekarza o stanie zdrowotnym dzieci;

f) przeprowadzanie wywiadu domowego u dzieci nieobecnych;

g) staranne prowadzenie „książki chorób zakaźnych", „książki szczepień", „kart wagi", „zeszytu zleceń i zabiegów lekarskich" oraz wypełnianie innych obowiązujących druków;

h) ścisły kontakt z miejscowym lekarzem sanitarnym dla wczesnego ustalenia przypadków schorzeń zakaźnych wśród dzieci żłobkowych i przedsięwzięcia natychmiast kroków zapobiegawczych;



Posadzka w żłobku powinna być pokryta linoleum i lśnić czystością, pierwsze kroki bowiem to chodzenie na czworakach

WAF

i) instruowanie personelu, szczególnie opiekunki dziecięcej pracującej w grupie niemowląt;

j) przeprowadzanie pogadanek z personelem żłobka i matkami na tematy aktualne, dotyczące racjonalnego pielęgnowania dzieci itp.;



Ważny moment — mierzenie

Aby pomiar wykonać dokładnie dziecko powinno główkę trzymać prosto, kręgosłup zaś przyłożyć do deski.
FP

k) zorganizowanie zespołowego próbowania posiłków wydawanych dzieciom i notowania wyników w specjalnym zeszycie;

l) zorganizowanie zespołowego sprawdzania czystości dzieci i lokalu żłobka.

Pielęgniarka ma do pomocy opiekunkę dziecięcą lub młodszą pielęgniarkę, która zazwyczaj pracuje w grupie niemowlęcej. Do obowiązków młodszej pielęgniarki (opiekunki dziecięcej) należy:

a) przyjmowanie i wydawanie dzieci (przy przyjmowaniu trzeba dokładnie obejrzeć skórę, gardło, oczy, włosy itp., przeprowadzić krótki wywiad z matką o stanie zdrowia dziecka, zmierzyć ciepłotę);

b) kąpiel dzieci;

c) karmienie (przygotowywanie mieszanek według zleceń lekarskich i odpowiednie przechowywanie);

d) ważenie dzieci;

e) układanie niemowląt do snu lub werandowania na świeżym powietrzu;

f) izolowanie dziecka w razie podejrzenia o chorobę.

Omawiając szczegółowo obowiązki pielęgniarki w żłobku należy zwrócić specjalną uwagę na błędy najczęściej popełniane, powodujące przykre następstwa.

Na skutek niewłaściwego rozłożenia pracy lub niezrozumienia znaczenia wszystkich czynności związanych z przyjmowaniem dzieci, nie zwraca się na dzieci dostatecznej uwagi. Matka przynosząc dziecko, najczęściej sama je rozbiera i ubiera w bieliznę żłobkową, a dziecko nieobejrzane, często brudne, z objawami choroby zakaźnej trafia do swojej grupy. Równocześnie z przyjmowaniem dzieci sprząta się dopiero sale dziecięce i to na sucho — w powietrzu unoszą się tumany kurzu, podczas gdy gruntowne sprzątanie musi odbywać się na wilgotno i to dopiero po wydaniu dzieci rodzicom, rano natomiast, możliwie najwcześniej, koniecznie przed przyjmowaniem dzieci, sale powinny być wietrzone i odkurzone.



W czasie werandowania obowiązuje bezwzględna cisza. Dzieci należy ubrać ciepło, ale lekko.
FP

Częstym również błędem jest niezrozumienie doniosłości należytego przewietrzania sal. Praca w żłobku nawet w największe upały odbywa się czasami przy zamkniętych oknach. Układanie dzieci do werandowania lub spania przy otwartych oknach (z braku tarasu) ma miejsce zaledwie kilka razy do roku.

Nielepiej przedstawia się sprawa przygotowywania mieszanek; wykonuje się je wprawdzie według przepisu lekarza, z zachowaniem zasad higieny, ale przygotowane mieszanki przechowuje się zatkane ligniną lub watą i bez oznaczenia na butelkach ich zawartości.

Również smoczki, łyżeczki, kubeczki itd. — zdarza się — nie są za każdym razem należycie dezynfekowane. Smoczki np. nie za każdym razem gotuje się, lecz tylko polewa się je gorącą wodą i wyjmuje nie zawsze czystymi palcami.



Tu w kojcu dzieci stawiają pierwsze kroki na drodze życia społecznego... Trzeba im pomóc. Jest to okres, w którym metody wychowawcze przyjmują się najłatwiej, dlatego też muszą to być dobre i mądre metody

FP

Z dalszych nasuwających się jeszcze spostrzeżeń należy wymienić pewne błędy popełniane w żłobkach przez personel pomocniczy, na które pielęgniarki nie zwracają uwagi i tolerują je. Zdarza się, że w magazynach żłobkowych leżą zapasy bielizny, podczas gdy na salach dziecięcych odczuwa się jej brak. Tak np. niemowlęciu przydziela się tylko jedną parę „śpioszków" (a jako rezerwę na cały oddział najwyżej 2—3 pary), które po zamoczeniu suszy się, bez przepłukania, na piecu lub kaloryferze, a następnie te same „śpioszki" trafiają do innego dziecka, co oczywiście ze względów zasadniczych jest niedopuszczalne.

Reasumując, głównym naszym zadaniem powinno być podniesienie poziomu pracy w żłobkach i dążenie do tego, aby żłobki jak najszybciej zdobyły zaufanie u mas pracujących.

Maria Barbara Jezierska

N. LISOWSKA

ROLA PIELĘGNIARKI ODCINKOWEJ

Prowadzenie odcinka od strony gospodarczo-porządkowej należy oczywiście także do pielęgniarki odcinkowej. Przydzielony jej personel fizyczny musi być kierowany i kontrolowany w swej pracy. Błędne jest mniemanie, że strona porządkowa oddziału obchodzi tylko pielęgniarkę oddziałową, pielęgniarka odcinkowa bowiem jest tak samo zainteresowana całością spraw swego odcinka, jak pielęgniarka oddziałowa całością spraw swego oddziału. Tu uwidacznia się konstrukcja pracy pielęgniarskiej w jej układzie hierarchicznym, nie podobna do pracy w ulu, w którym robotnice mają tylko wydzielone poszczególne funkcje, raczej układ ten przypomina żywy organizm, gdzie poszczególne komórki, żyjąc same w sobie, tworzą razem większe grupy — tkanki, składające się na całość organizmu.

Czystość otoczenia

Pielęgniarka odcinkowa, kierująca swym odcinkiem, interesuje się nie tylko czystością chorych, lecz także i ich otoczeniem. Dba o cotygodniowe mycie mebli, zaciąganie podłogi, czystość przyległych do oddziału pomieszczeń jak: łazienki, ubikacji, brudownika itp. Na dyżurze nocnym sprawdza dezynfekowanie basenów, spluwaczek, kloszy, tacek, nerek itd.

Pielęgniarka odcinkowa, dba nie tylko o należyte zaopatrzenie odcinka w konieczny inwentarz gospodarski i pomocniczo-lekarski, lecz również o estetykę sal, o ich odpowiednią ciepłotę i przewietrzanie.

Pielęgniarki nie zdają sobie sprawy, że po wyglądzie zewnętrznym sal, na których pracują, można ogólnie ocenić ich pracę. Zdarza się jednak, że w salach kwitną kwiaty i lśnią froterowane posadzki, lecz wnętrza szafek przyłóżkowych pozostawiają wiele do życzenia, podobnie zdarza się, że sala ma pięknie zasłane łóżka, a niedostatecznie często otwierane okna, nie opróżniane kosze na odpadki, czy nie dość są czyste brudowniki.

Tam, gdzie praca pielęgniarki jest bez zarzutu, chorzy mają wygląd raczej wypoczęty, nie widać wokół nich ani chaotycznej pracy, ani rozrzuconych rzeczy osobistych, chorzy są wdrożeni w regulamin, którego konieczność rozumieją.

Pielęgniarka odcinkowa, jako gospodyni odcinka, wie o wszelkich uszkodzeniach i niezwłocznie o nich melduje, dba o inwentarz i nie wypożycza go bez zastanowienia, przenoszenie bowiem inwentarza z miejsca na miejsce sprzyja tylko zagubieniu sprzętu.

Odcinki mają swe numery.

Podobnie jak oddział — swoją barwą przyznaną mu przez szpital, tak odcinek znaczy wszystkie swoje rzeczy (od szklaneczek do lekarstw zaczynając, a na szczotkach do zamiatania kończąc) — numerem odcinka. Ułatwia to utrzymanie odcinka w porządku.

Na samym punkcie pielęgniarskim, nad biurkiem pielęgniarki powinna wisieć tabliczka o barwie oddziału, z numerem odcinka; nad tabliczką, w metalowej ramce winna być umieszczona wizytówka pielęgniarki pełniącej w danej chwili dyżur. Wizytówkę pielęgniarka wkłada przychodząc na dyżur, a wycofuje ją przy zejściu z pracy.



Bielizna.

Bielizna jest znaczona najczęściej pieczęcią oddziału, odcinek otrzymuje ją i zdaje w odpowiednich godzinach, ustalonych przez pielęgniarkę oddziałową, starając się mieć zawsze mały zapas pod ręką. Pielęgniarka, dobrze zagospodarowana na odcinku, może nieomal bez błędu poinformować swoją następczynię, gdzie i ile jest dodatkowych podkładów, czy zapasowych koszul u chorych. Źle świadczy o pielęgniarce, która ciągle musi liczyć bieliznę od nowa, aby zdać sobie sprawę co i gdzie posiada. Poza przypadkami ciężkimi, czy specjalnie zanieczyszczającymi się, wymiana bielizny osobistej chorych (koszule, ręczniki, myjki) powinna być przeprowadzana co tydzień w oznaczony dzień, zmiana bielizny pościelowej co 2 tygodnie.

Po wyjściu chorego

Po każdym wypisanym chorym szlafrok musi pójść do prania, materace, poduszki i koce do trzepania, o ile nie muszą iść do dezynfekcji.



Od sumienności pielęgniarki zależy dopilnowanie by nowy chory nie był kładziony bezpośrednio po chorym wypisanym bez wytrzepania pościeli i umycia łóżka. Niektóre oddziały uważają, że wystarczy, aby trzepać i porządkować oddział gruntownie tylko 2 razy do roku: na wiosnę i na jesieni, oczywiście jest to konieczne, lecz zupełnie niewystarczające o ile nie czyści się łóżka po każdym chorym.

Pokój zabiegowy

Jeżeli pokój zabiegowy nie posiada specjalnie przydzielonej pielęgniarki (zabiegowej lub opatrunkowej), lecz jest używany przez kilka odcinków, gruntowne sprzątanie takiego pokoju, należy do zmiany nocnej, pobieżne do każdej zmiany, która go musi zostawić w porządku.

Kto odpowiada więc za inwentarz?

Spis jego musi wisieć w szafie w pokoju zabiegowym. Kontrola należy do nocnej, ale o ile nie ma pielęgniarki zabiegowej, za inwentarz pokoju **odpowiada ten odcinek pielęgniarski, na którego terenie pokój się znajduje.**

Część sprzętu pomocniczo-lekarskiego posiadają pielęgniarki na każdym punkcie (rzeczy mniejsze, które się zmieszczą w małej podręcznej szafce, a są stale w użyciu, np.: tace do zastrzyków, do leków, do mierzenia temperatury, puszka z jałowym materiałem, sterylizator, słój

do strzykawek, do ligniny itp.), natomiast rzeczy duże jak hegar do kroplówki i lewatywy, kółka gumowe, termofory, tace do baniek, irygatory, przyrząd do infuzji, reflektor, buda elektryczna itp. muszą znaleźć się w pokoju oddzielnym, dostępne w każdej chwili, a więc nie mogą być zamknięte w magazynku oddziałowym. Inwentarz ten musi być zawsze skompletowany, czysty i odstawiony na miejsce.

Punkt pielęgniarski

Dlaczego umieszczamy punkt pielęgniarski nie na sali chorych, czy też w oddzielnej dyżurce, lecz na korytarzu?

Przebywając obok swych sal na korytarzu, pielęgniarka ciągle widzi **całość** i wszyscy ją łatwo mogą znaleźć. Pielęgniarka widzi sygnały świetlne, przechodząc obok sal obserwuje co się na nich dzieje, nie musi zaś być bez przerwy na oczach chorych i w ich obecności; poza tym szafa z lekarstwami jest poza zasięgiem chorych. Chorzy na sali mają o wiele więcej spokoju, a jednocześnie mają pielęgniarkę każdej chwili **dostępną,** nie zaś daleką i ważną („w dyżurce sióstr“, gdzie przesiaduje z koleżankami i lekarzami, odległa myślą od sali chorych).

8 nie zaś 12 godzin w szpitalu

...ale za to intensywnej i owocnej pracy, oto do czego dąży rozkład pracy na trzy zmiany z podziałem oddziałów na odcinki. Jednak pielęgniarka powinna umieć tak zorganizować swą pracę, ażeby każdy pełniony przez nią dyżur był rzetelnie i racjonalnie przepracowany. Na dyżurze **rannym** wysiłek jej obrócony jest na szybkie wykonanie zleceń lekarskich i zaprowadzenie porządku na odcinku. Współpraca z lekarzem powinna być ścisła, pozytywna, ale nie powinna zasłaniać sobą całości spraw odcinka.

Na dyżurze **popołudniowym,** krótszym i lżejszym, czujność pielęgniarki powinna się zwiększać, musi ona sobie zdawać sprawę czemu podoła sama, a z czym należy udać się do dyżurnego lekarza. Na popołudniowym dyżurze, pielęgniarka zwraca baczniejszą uwagę na zachowywanie regulaminu przy chorych, gdyż w czasie tych godzin, jeśli pielęgniarka jest niedbała, życie oddziału potrafi się rozprzęgać.

Wreszcie na dyżurze **nocnym,** pielęgniarka powinna być wypoczęta, nie śpiąca, ciąży bowiem na niej odpowiedzialność za cały oddział, a obchodzenie sal stałe, bez dzwonków, jest jej zasadniczym obowiązkiem.

Jeżeli podczas dyżuru popołudniowego oddziałowa zleciła pielęgniarce odcinkowej nadzór nad całym oddziałem, musi ona, poza pracą na swoim odcinku, zainteresować się całością i zastąpić starszą koleżankę w sprawach zleconych (np.: dopilnować wydania kolacji, przyjęcia nowoprzybyłych, opróżnienia sal z gości itp.).

Doszkalanie

Kwestię swego doszkalania pielęgniarka musi traktować poważnie, uczęszczać na wykłady organizowane w szpitalu, czytać pisma zawodowe, brać udział w dyskusji, która rozwija się niejednokrotnie po przeczytaniu raportu popołudniowego. Są to najprostsze sposoby dokształcania się. Powinna także pamiętać, że sama swoją pracą i jej organizacją — szkoli wokół siebie swoje pomocnice, a przez kontrolę i udzielanie wskazówek, szkoli też personel fizyczny.

Odpowiednia postawa pielęgniarki

Jej wygląd zewnętrzny, ubiór, sposób zachowania się taktowny, uprzejmy, a pełen godności, wytwarza wokół niej odpowiednią atmosferę, w której inaczej zachowują się chorzy, służba, a nawet jej koleżanki. Pracownicę rozumną i wartościową cechuje pełen lojalności i życzliwości stosunek do zwierzchników: lekarzy, przełożonej, oddziałowej itd.



Unikanie przebywania na oddziale poza pracą, poufałego zachowania się wobec lekarzy

i chorych, unikanie zbędnych rozmów z koleżankami — zaoszczędza jej wiele czasu dla istotnej pracy i wytwarza dystans, konieczny dla każdego kierującego choćby najmniejszą komórką.

Lojalność wobec oddziałowej każe pielęgniarce zgłosić o każdym zabiegu, który wykonywa po raz pierwszy w swej praktyce, unika w ten sposób błędów, które mogą przynieść szkodę choremu.

Przybycie jak również i zejście z oddziału, pielęgniarka melduje oddziałowej, wymaga tego również od swej pomocnicy i salowej.

Pielęgniarka odcinkowa może bardzo wiele nauczyć swe pomocnice, wspólne prześcielanie łóżek ciężko chorych, mycie chorych, podnoszenie, zmiana bielizny, podawanie posiłków, utrzymanie szafek przyłóżkowych w porządku, dokładne przestrzeganie godzin wietrzenia, wszystko to współpracownice szybko opanowują i stają się samodzielne.

Często się zdarza, że pielęgniarka, która sama nawet dobrze pracuje, nie umie zapanować nad całością, wytwarza się wówczas wokół chaos i zamieszanie. Pielęgniarka taka winna uważnie skontrolować swoją pracę, podejść do niej krytycznie i zastosować metody koordynacji własnych czynności z otaczającym ją życiem oddziału. Dojdzie w ten sposób do tego, że odcinek jej stanie się samodzielnym, doskonale funkcjonującym ogniwem. Pielęgniarki, którym praca sama się niejako układa i harmonizuje z życiem otoczenia, są prawdziwymi skarbami dla oddziału.

N. Lisowska

TECHNIKA SPRZĄTANIA SAL CHORYCH

ORGANIZACJA PRACY tutaj jest momentem bardzo ważnym. Trzeba sobie pracę tak rozłożyć, aby nic nie stało na przeszkodzie ustalonej kolejności. Praca salowych i korytarzowych musi odbywać się w ciszy, by nie było zamieszania, niepotrzebnego biegania i wypożyczania od siebie na wzajem różnych przedmiotów. Dlatego w organizacji ładu wewnątrzszpitalnego należy zwrócić baczną uwagę na dostateczne wyposażenie poszczególnych oddziałów w szczotki, miski, ścierki i froterki.

PODŁOGA. Dla utrzymania właściwego porządku w całym szpitalu, podłogę sprzątamy



zawsze na wilgotno. Należy pouczyć salowe, że kurz z podłogi zamiatamy wilgotną i dobrze wyżętą ścierką na szczotce. Zamiatanie należy rozpoczynać od kątów i stopniowo posuwać się ku środkowi, a nie odwrotnie jak to często bywa, pozostawiając w kątach sal nagromadzone a zapomniane śmieci. Podłogę tak podmiecioną froteruje się — froterką szczotką. Nie należy froterować cienkim kawałkiem sukna, które jeśli jest źle wytrzepane wzbija nowe tumany kurzu.

SZOROWANIE PODŁÓG odbywać się powinno raz na kwartał lub na pół roku, tylko na zarządzenie przełożonej, która uprzednio porozumie się z intendentem szpitala i ustali termin. Z intendentem trzeba się porozumieć poto, by zapewnić dla poszczególnych oddziałów potrzebną ilość pasty. W celu zmiękczenia wody do szorowania podłóg oraz dla dezynfekcji, dodajemy do wody ługu lub lizolu.

PASTOWANIE. Pastowanie podłogi odbywa się z reguły raz na 2 tygodnie. Nie należy pastować na kolanach, lepiej jest nacierać podłogę przy pomocy małej szmatki zwilżonej w paście i podłożonej pod szczotkę. W tym celu rozcieńczamy pastę terpentyną lub naftą, aby uzyskać półpłynną masę. Pasta tak rozcieńczona jest bardziej wydajna i szybciej się wchłania. Trzeba pamiętać, że okna otwiera się zawsze po, a nigdy przed zamiataniem poszczególnych sal.

KORYTARZE. Przy codziennym zamiataniu na mokro, pastowaniu względnie szorowaniu trzeba pamiętać o tym, że na korytarzach pa-



nuje duży ruch, sprzątać więc należy najpierw jedną połowę wzdłuż, pozostawiając drugą połowę korytarza dla ruchu.

ODKURZANIE ŚCIAN I SUFITÓW powinno odbywać się raz na tydzień w ustalonym dniu. Posługujemy się tu specjalną szczotką, osadzoną na długim kiju. Należy odsuwać na ten czas łóżka z chorymi od ścian, aby nie zmiatać kurzu na głowy chorych. Korytarze odkurza się



w godzinach małego ruchu na oddziałach, a więc najlepiej w godzinach popołudniowych.

NIE OBIJAĆ ŚCIAN. Na ten moment należy specjalnie zwrócić uwagę. Pouczamy więc personel, że szczotki i kije należy kłaść na podłodze gdzieś z boku, a nie stawiać lub opierać o ściany. Łóżka pacjentów powinny być również zawsze odsunięte od ścian na 15 do 20 cm. W czasie przewożenia chorych należy pamiętać, że wózki powinny się toczyć środkiem korytarza, a nie pod samą ścianą.

WIETRZENIE SAL powinno się odbywać co najmniej 3 razy dziennie — przed śniadaniem, po obiedzie i przed nocą. Wszystkie sale wietrzymy równocześnie. Otwieramy szeroko okna, a wszystkie drzwi na korytarz zamykamy. Chorych trzeba porządnie przykryć. Po dokładnym wywietrzeniu sal (drzwi pozostają nadal zamknięte) wietrzymy wszystkie korytarze równocześnie.

MEBLE sprzątamy codziennie na wilgotno, wycierając je w jednym kierunku a nie tam i z powrotem. Do sprzątania mebli należy posługiwać się małą miedniczką i ścierką do kurzu. Łóżka, stoliki, szafki itp. zmywamy dokładnie raz na 2 tygodnie wodą z mydłem. Te same przedmioty po wypisaniu chorego zmywamy zawsze wodą z dodatkiem lizolu. Materace, koce i poduszki — wietrzymy, a następnie trzeba je dokładnie wytrzepać, aby nie kłaść nowego pacjenta bezpośrednio na łóżku przed chwilą opróżnionym.

UBIKACJE, BRUDOWNIKI, ŁAZIENKI muszą być gruntownie sprzątnięte przez salową pełniącą nocny dyżur. W ciągu dnia, rano i po południu należy myć podłogę i ściany tych ubikacji wodą z lizolem (raz na tydzień szarym mydłem).

Aby utrzymać wannę w czystości zmywamy ją raz na tydzień kwasem solnym. Po każdym użyciu wanny należy ją zmyć szczotką z mydłem lub proszkiem, względnie sodą lub bielidłem. Muszle w ubikacji zmywa się kwasem solnym. Należy pamiętać, aby w ubikacji był stale papier higieniczny. Jest to wydatek daleko mniejszy, aniżeli koszt czyszczenia rur zatkanych watą, ligniną lub grubym papierem. Dla oczyszczenia powietrza w ubikacji zawiesza się tam kamień odwaniający lub zalewa muszle roztworem nadmanganianu potasowego. Poza tym pamiętajmy o stałym wietrzeniu ubikacji.

Jeżeli przy ubikacji są umywalki, to wieszamy tam ręcznik, najlepiej „kręcony".

Wszystkie szczotki nie będące w użytku należy zawiesić w brudowniku na przeznaczonym do tego celu stojaku względnie na hakach.



Zasadą sprzątania ubikacji jest rozpoczynać zawsze od najczyściejszej do najbrudniejszej.

BASENY, KACZKI, NERKI, SPLUWACZKI, KLOSZE należy po każdym użyciu przez chorych dokładnie wymyć i opłukać czystą wodą. Salowe nocne powinny na swym dyżurze dokładnie wyszorować baseny i kaczki, czyszcząc je w miarę potrzeby kwasem solnym lub zanurzając je w roztworze lizolu lub chlorku. W ostatnim dniu swego nocnego dyżuru salowa powinna wyszorować wszystkie baseny szarym mydłem i wydezynfekować w roztworze lizolu, względnie wygotować w wodzie z sodą i mydłem, aby czyste zdać następnej zmianie. Należy przyzwyczaić salowe, aby przyjmując dyżur sprawdzały porządek pozostawiony przez ustępującą zmianę zarówno na salach, jak w ubikacjach i na korytarzach. Zmiana obejmująca dyżur w razie nieporządku może dyżuru nie przyjąć.

BRUDOWNIKI muszą być czysto utrzymane. Półki pomalowane na biało farbą olejną. W miarę możliwości mogą być przykryte ceratką. Na półkach — haki do ścierek. W brudowniku musi być określone miejsce dla wózka na brudną bieliznę, miednice, wiadra, nerki, szczotki, ścierki itp. Klucze od brudownika ma przy sobie dyżurna salowa.

OPRÓŻNIANIE KUBŁÓW DO ŚMIECI I MYCIE SPLUWACZEK. Śmieci nagromadzone w kubłach lub koszach trzeba usuwać 2 razy dziennie. Zmiana ranna wynosi śmieci i pozostawia kosze opróżnione przed przyjściem zmiany popołudniowej. Zmiana nocna musi również opróżnić kosze na odpadki. Spluwaczki myje się w zasadzie raz dziennie.

OCZYSZCZANIE CZĘŚCI NIKLOWANYCH odbywa się raz na 2 tygodnie, sidolem lub kredą z amoniakiem. Klamki należy raz na tydzień wydezynfekować wodą ze spirytusem.

MYCIE SZYB. Szyby najlepiej myje się zimną wodą, kredą lub kwasem solnym. Dla nadania szybom połysku używamy starych gazet.

N. Lisowska

Rola przełożonej w systemie „O" na terenie szpitala

System „O" w skali ogólnokrajowej, dzięki racjonalnej gospodarce materiałami brakującymi na razie w ogólnej produkcji państwowej, przynosi olbrzymie korzyści.

W dobrze zorganizowanym szpitalu system „O" stwarza rozległą płaszczyznę współzawodnictwa dla personelu pielęgniarskiego i pomocniczego.

Rola przełożonej w systemie „O" polega na nieustannej czujności i pouczaniu podległego jej personelu.

Dla ułatwienia sobie pracy należy zapoznać się z broszurami i pismami nadającymi tej akcji jednolity kierunek.

Na terenie szpitala trzeba porozumieć się z Kołem Związkowym, zaplanować akcję i wciągnąć do niej cały personel.

System „O" na oddziałach obejmuje przede wszystkim materiał sanitarny i środki opatrunkowe, nie polega on jednak na skąpstwie, lecz na **racjonalnym** podziale tych środków.

Lignina i wata często w ostatnich swoich warstwach są zupełnie czyste i zdatne do po-

wtórnego użycia przy opatrunku (u tych samych oczywiście pacjentów), a mimo to wyrzucamy je bezmyślnie do kosza.

Personel na oddziale często tłucze i „rozgotowuje“ strzykawki, należy więc pouczać w jaki sposób należy się z nimi obchodzić, oraz w razie zniszczenia strzykawek protokolarnie obciążyć kosztem personel, bo strata wynika często z nieuwagi, niedokładności i niedbalstwa w wykonywaniu obowiązków. Jeden ze szpitali Śląskich na odprawie dla pielęgniarek podał, że zaoszczędzono tam 65% strzykawek przez wprowadzenie klepsydry — zegara piaskowego. Pielęgniarka wie, że po przesypaniu się piasku musi natychmiast wyłączyć sterylizator. Inna przełożona kazała nastawić budzik, aby po 15 minutach alarmował personel pielęgniarski.

Oszczędność **światła, wody i gazu** na oddziale wzmocni finanse szpitala. Światła nocne muszą być słabsze, przyćmione. Na klatkach schodowych i w suterynach nieraz świeci się ono i 4 doby z rzędu, dopóki ktoś przypadkowo nie zauważy i nie zgasi. Gospodarka wodą na oddziałach jest ważnym momentem w systemie „O“. Nie znaczy to, że oszczędzając wody np. nie kąpiemy chorych. Trzeba tylko po użyciu kurki wszędzie szczelnie dokręcać, a w razie rozluźnienia — natychmiast powiadomić odpowiedniego fachowca.

Bieliznę trzeba szanować i nie wolno np. starych koszul samowolnie drzeć na ścierki. Wszystkie zniszczone, wysortowane sztuki bielizny muszą być protokolarnie zdane do dyspozycji magazynu. Aby uniknąć masowego niszczenia bielizny reperacja bielizny musi być wykonywana najwcześniej.

Racjonalne **gotowanie, przyrządzanie i przechowywanie potraw** (lodówka) wpływa na oszczędność artykułów żywnościowych (stęchlizna kaszy i mąki nieodpowiednio przechowywanej). Także pamiętać należy, że przy posiłku podanym estetycznie, zmniejsza się **ilość odpadków na oddziałach.**

Papier toaletowy w ubikacjach oszczędza koszty naprawy kanalizacji.

Odpadki. Wreszcie dobrze zrozumiana przez personel akcja zbierania „odpadków“ nadających się do użycia, jak: wszelkie słoiki, butelki, pudełka, które powinny być segregowane i oddawane do apteki, a nie wyrzucane na śmietnik.

Aby system „O“ na terenie szpitala szedł sprawnie, przełożona winna cały swój personel **stale** wychowywać i rozwijać w nim ambicję współzawodniczenia na tym polu.

L.

DO

PRENUMERATORÓW MIESIĘCZNIKA „PIELĘGNIARKA POLSKA“

Z dniem 1.VI. 1950 r. Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch“ przejęło Administrację czasopism Polskiego Czerwonego Krzyża, w związku z czym zawiadamiamy Prenumeratorów, że od 1.VI. 1950 r. we wszystkich sprawach dotyczących **prenumeraty** za miesiące od 1.VI.—31.XII.1950 r. należy zwracać się do:

Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch“,
Oddział w Warszawie, ul. Srebrna Nr 12.
Konto PKO Nr I-15978 dla m-ka „Pielęgniarka Polska“.

Nadmieniamy, że czasopismo będzie wysyłane przez PPK „Ruch“ **wyłącznie tym prenumeratorom,** którzy wpłacą należność za prenumeratę **z góry** do dnia 20-go miesiąca poprzedzającego miesiąc prenumeraty.

We wszystkich sprawach, dotyczących prenumeraty za miesiące przeszłe, do maja r. b. włącznie, zwłaszcza uregulowania za wysłane do tego czasu numery miesięcznika, należy zwracać się jak dotąd do:

Polski Czerwony Krzyż — Administracja czasopism,
Warszawa, ul. Mokotowska Nr 14.
Konto PKO Nr I-8326/113 dla m-ka „Pielęgniarka Polska“.

ADMINISTRACJA

Wytyczne pracy pielęgniarki szkolnej

CIĄG DALSZY

4. KĄPIELE

Dzieci powinny być kąpane przynajmniej raz na miesiąc, a jeśli to możliwe i częściej. W sprawie kąpieli miarodajne są dwa urzędowe rozporządzenia, które regulują tę sprawę na terenie szkoły.

1. Instrukcja dla lekarzy szkolnych z dnia 20. VII 1918 r. (art. 19). Lekarz szkolny czuwa, by młodzież szkolna jak najregularniej się kąpała (kąpieliska szkolne, publiczne); prowadzi odnośną statystykę w książce sanitarnej.
2. W okólniku z dnia 13. II 1928 r. Min. W. R. i O. P. przypomina nauczycielstwu „o konieczności czuwania nad tą stroną wychowawczą", podkreślając iż: za najskuteczniejszy środek powszechnie uznano wdrożenie dziatwy do tych zabiegów w samej szkole, włączenie kąpieli szkolnych do programu szkolnego.

Dla orientacji przytaczam z okólnika ważniejsze z tych przepisów:

a) korzystanie z natrysków szkolnych, tam gdzie one istnieją, należy włączyć do obowiązkowych zajęć szkolnych, wyznaczając na to dla każdej klasy specjalne godziny, przynajmniej raz na miesiąc, przy tym o ile można, nie w ostatnich godzinach szkolnych, lecz tak by uczniowie mogli przez jakiś czas po kąpieli przebywać w szkole,

b) jeśli szkoła nie posiada własnych urządzeń natryskowych, winna wykorzystać urządzenia te w szkole sąsiedniej, gdzie takie urządzenia istnieją (oczywiście po porozumieniu się z dyrekcją tejże szkoły), albo też w publicznym budynku kąpielowym, baczyć przy tym należy, by dziatwa zwłaszcza młodsza, po kąpieli dostatecznie wypoczywała i nie wychodziła na powietrze zbyt rozgrzana;

c) podczas kąpieli klasowych nad uczniami czuwają wychowawcy odpowiednich klas, a w szkołach powszechnych nad młodszą dziatwą higienistki szkolne;

d) z natrysków szkolnych może zwalniać tylko władza szkolna (kierownik szkoły, wychowawcy) w porozumieniu z opieką higieniczno-lekarską.

Niezależnie od współdziałania przy wykonywaniu zaleceń powyższego okólnika, należy we własnym zakresie:

a) starać się o udostępnienie dziatwie szkolnej kąpieli częstszych aniżeli to przewiduje program szkolny,

b) starać się o zabezpieczenie dziatwie szkolnej kąpieli przez cały rok, niezależnie od przerw szkolnych,

c) zapewnić niezamożnej dziatwie szkolnej niezbędne zaopatrzenie do kąpieli (mydło, grzebienie, ręczniki, szczotki).

Jak widać z przytoczonych przepisów, sprawa kąpieli na terenie szkół jest całkowicie unormowana. Chodzi o to abyśmy wykorzystały te przepisy.

Przed kąpielą polecamy, aby każde dziecko przyniosło mydło, szczotkę, ręcznik i czystą bieliznę, (Szkoła powinna posiadać jednak pewien zapas ręczników, szczotek i mydła).

Przed rozpoczęciem kąpieli przeprowadzamy krótką pogadankę, z pokazem „na sucho", jak należy się myć, zachowując kolejność: głowa, twarz, uszy, ramiona itd.

Przystępujemy następnie do uregulowania wody. Dzieci wchodzą pod natryski, poczem po chwili natryski zamykamy i polecamy dzieciom mydlenie się na komendę w zachowaniu kolejności. Dzieci myją plecy jedno — drugiemu. Otwieramy natryski, pod koniec puszczając wodę chłodną. Dzieci powinny myć nogi szczotkami, szczególnie kolana i nad piętami, stawiając je na podpórkach. Uważamy, aby dzieci wycierały się do sucha. Dzieci ubierają się w czystą bieliznę, brudną zawijają w papier i zabierają do domu. Po kąpieli obcinamy dzieciom paznokcie. Prowadzimy ewidencję dzieci wykąpanych.

5. PRZEŚWIETLENIA MASOWE

Są akcją poradni przeciwgruźliczych, które czuwają, aby raz w roku dzieci szkolne były prześwietlone.

Prześwietlenia te pozwalają wykryć dzieci chore, które się



Najpierw badanie ogólne, a następnie dzieci kieruje się do pracowni rentgenowskiej na prześwietlenie

FP

umieszczą w sanatoriach lub prewentoriach. Daje to pozostałym dzieciom gwarancję przebywania w zdrowym otoczeniu.

Nasza pomoc polega na:

a) skontaktowaniu się z odnośną poradnią przeciwgruźliczą, celem omówienia terminu;
b) sporządzeniu list dzieci;
c) doprowadzeniu dzieci, z pomocą wychowawców lub członków Komitetu Rodzicielskiego do poradni;
d) odpisaniu wyników na kartach zdrowia (Roentgen, P.rquet, Mantoux) oraz znakowaniu kart, jak opisano w badaniach indywidualnych.



FP
Badanie czystości jest dla dzieci krępujące, dlatego też pielęgniarka powinna wykazać dużo energii ale zarazem wiele delikatności i dobroci

Na podstawie wyników sporządzamy listy dzieci kierowanych do sanatoriów, prewentoriów, czy na kolonie. Zapisywanie wyników z roku na rok daje nam ciągłość przeglądu zdrowotności dzieci.

6. KONTROLA UZĘBIENIA

W połowie roku szkolnego, a więc w lutym, najdalej marcu, przeprowadzamy kontrolę uzębienia, celem sprawdzenia czy wszystkie dzieci przez nas skierowane leczą zęby.

Wchodzimy do klas z kontrolną listą zdrowia, na której znaczyłyśmy pierwsze uwagi oraz skierowania, i kolejno oglądamy uzębienie. W wypadku, w którym dziecko nie zastosowało się do naszych wskazówek, staramy się skontaktować z rodzicami, celem przekonania ich o konieczności leczenia zębów dziecka. Po skończonym przeglądzie klasami wpisujemy dzieci, które wyleczyły zęby oraz te, które je leczą. Takie imienne wykazy umieszczamy na korytarzu. W nagłówku wypisujemy: „Dzieci, które dbają o zdrowe uzębienie". Tego rodzaju wyróżnienia są bodźcem dla innych dzieci.

7. KONTROLA OKULARÓW

W czasie przeglądu czystości w styczniu, najdalej w lutym, zwrócimy specjalną uwagę na dzieci, które zostały skierowane do okulisty. Robimy specjalny przegląd aby sprawdzić, czy wszystkie dzieci, którym to polecono, zaopatrzyły się w okulary.

Następnie pouczymy dzieci jak należy czyścić szkła: czystą szmatką, którą należy przynosić ze sobą do szkoły w kopercie. Od czasu do czasu zmywać szkła czystym spirytusem, celem usunięcia powłoki tłuszczowej, która mimo wycierania szkieł czystą szmatką tworzy się, powodując zamglenie szkieł.

Następnie pouczamy dzieci jak należy kłaść szkła na twardych przedmiotach np.: stole lub ławce szkolnej, ażeby się nie porysowały: nie należy kłaść nigdy okularów bezpośrednio szkłami, a tylko w pozycji stojącej, opierając je na zausznikach, lub szkłami do góry. Okulary należy nosić zawsze w twardym pokrowcu. Pouczamy wreszcie dzieci, że okulary należy nosić stosując się ściśle do wskazówek lekarza okulisty, np.: tylko do czytania i p sania lub też stale.

8. BADANIA DO PREWENTORIÓW

Prewentoria są zakładami leczniczo - wypoczynkowymi i przeznaczonymi dla dzieci z rodzin gruźliczych oraz dla dzieci, które po ukończeniu leczenia sanatoryjnego, przebywają jeszcze jakiś czas, jako ozdrowieńcy. Naszym zadaniem jest przygotowanie dzieci z kontaktów gruźliczych, dzieci te wypisujemy w poradni przeciwgruźliczej przynależnej do naszego rejonu. Znakowanie kontaktów na kartach zdrowia poczynione wcześnie, będzie nam bardzo pomocne w chwili gdy zaistnieje potrzeba typowania dzieci do prewentoriów. Praca ta wykonywana w pośpiechu powoduje zwykle wiele niedociągnięć.

9. BADANIA NA KOLONIE

Zależnie od tego jakimi koloniami szkoła rozporządza, zawczasu zbieramy informacje o badaniach kwalifikujących, formalnościach przyjęcia, opłatach i zwolnieniach od opłat, o wyprawie itp. Zapoznajemy się również z przepisami dotyczącymi kolonii, a zebrawszy te wszystkie dane informujemy rodziców. Następnie przedstawiamy dzieci do badania lekarskiego. Szkoły



FP
Kąpielisko Miejskiego Ośrodka Zdrowia w dzielnicy robotniczej Gdyni (P.N.F. K. Gdańsk)

otrzymują karty kolonijne, częściowo wypełniają je wychowawcy, częściowo my same, uzupełniając wynikiem badania lekarskiego.

W czasie badania lekarskiego oglądamy dzieciom włosy i w razie potrzeby pouczamy rodziców w jaki sposób należy usunąć wszawicę. Na ten punkt kładziemy duży nacisk, podkreślając, że dziecko z wszawicą nie może jechać na kolonię.



Estetycznie podane śniadanie będzie z pewnością smakować
WAF

10. POMOC PRZY DOŻYWIANIU DZIECI

Do naszych zadań należy rozpocząć tę akcję tam, gdzie ona jeszcze nie istnieje, następnie czuwać nad higieną dożywiania. Wybór dzieci do dożywiania powinien być dokonywany przez wychowawcę przy naszej pomocy. Należy brać pod uwagę wyniki badań lekarskich oraz warunki domowe.

Dożywianie musi być prowadzone porządnie i estetycznie. Niedopuszczalne jest tłoczenie się dzieci przed kuchenką z garnuszkami w ręku.

Na drugie śniadanie powinno się przeznaczyć jedną przerwę, podczas której wszystkie dzieci jedzą śniadania, zarówno te co je przyniosły z domu, jak i te które otrzymują je w szkole.

O ile szkoła nie posiada specjalnie na ten cel przeznaczonej sali, śniadanie powinno odbywać się w klasie. Dzieci zaraz po ukończeniu lekcji biegną do ustępów i myją ręce, przez ten czas wietrzymy klasę. Po zamknięciu okien, dzieci zasiadają w ławkach. Pożądane jest, aby rozłożyły na pulpitach przyniesione z domu serwetki. Przy śniadaniach powinny pomagać dyżurne dzieci ze starszych klas. W miarę naszych możliwości jesteśmy obecne przy drugim śniadaniu, zwracając uwagę jak dzieci jedzą. Nie powinny moczyć w zupie lub mleku chleba, ale go dokładnie pogryźć i potem dopiero zacząć pić. Przy tej sposobności sprawdzamy dyskretnie jakość i opakowanie śniadań przyniesionych przez dzieci.

Rozdawnictwo tranu powinno odbywać się również w godzinie oznaczonej, w jednej z klas. Dzieci ustawiają się w kolejce, nie tłocząc się. Łyżkę po każdym dziecku należy wytrzeć w papier, przetrzeć ściereczką maczaną w spirytusie denaturowanym i zmyć czystą wodą (szkoła winna zakupić większą ilość łyżek 10—20, aby dzieci z domu łyżek nie przynosiły). Przy rozdawnictwie tranu również powinny pomagać dzieci ze starszych klas. Tran najlepiej zagryzać chlebem z solą.

d. c. n.

Prof. Dr T. BOŁDYREW

Zastępca Min. Zdr. ZSRR
Naczelny Państwowy Inspektor Sanitarny ZSRR

Państwowa inspekcja sanitarna w ZSRR

Nowy dekret Ministerstwa Zdrowia ZSRR o aktualnych doniosłych zadaniach Wszechzwiązkowej Państwowej Inspekcji Sanitarnej świadczy dobitnie, że zdrowie ludności radzieckiej jest codzienną troską Państwa i Partii. Dekret rozszerza zakres prac w dziedzinie higieny dla podniesienia na nowy, wyższy stopień ochronę zdrowia narodu.

Dekret ten pokrywa się w zupełności z programem partii bolszewickiej, która za podstawę ochrony zdrowia ludności uważa realizację — w najszerszym zakresie — zarządzeń podnoszących ogólny poziom zdrowotności i stanu sanitarnego oraz zabezpieczenie pod względem higienicznym gleby, wody i powietrza.

Nowy dekret zgodny jest także z zadaniami radzieckiej służby zdrowia, opartej na zupełnie nowych podstawach, na zasadach zapobiegania, których realizacja możliwa jest tylko w warunkach ustroju socjalistycznego.

W czasie stalinowskich pięciolatek wybudowano w ZSRR — w oparciu o nową technologię — tysiące nowych fabryk i zakładów przemysłowych. Szeroko kwitnie budownictwo nowych miast i wsi oraz przebudowa starych od podstaw. Powszechne zakładanie nowych zieleńców w miastach, gigantyczna rozbudowa sieci zbiorników wody i wodnych magistrali — spowodowały już przemiany geograficzne i klimatyczne na wielu obszarach kraju. Wszystko, by stworzyć jak najlepsze warunki bytu i pracy dla ludności radzieckiej — budowniczych komunizmu.

Zrozumiałe jest, że takie przemiany w ekonomice kraju, w warunkach pracy i bytu ludności, a nadto wzrastające wymagania kulturalne obywateli stawiają przed organami służby zdrowia nowe zadania w dziedzinie higieny. Zadania te, to: zabezpieczanie zbiorników wody przed zanieczyszczeniem odpadkami ze znajdujących się w pobliżu zakładów przemysłowych; to ochrona czystości powietrza w miastach i osiedlach robotniczych przed wyziewami pochodzącymi z produkcji (kurz, dym, gaz), to wybór miejsc pod budowę nowych miast i osiedli robotniczych, rozplanowanie ich oraz przebudowa dawnych, zaludnionych już miejscowości; to wybór miejsc pod nowe zakłady przemysłowe i fabryki oraz opracowanie na podstawie ostatnich zdobyczy wiedzy urządzeń higienicznych dla ochrony zdrowia robotników przemysłowych; to budowa nowych uzdrowisk.

Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła w ostatnich latach na zlecenie rządu radzieckiego szereg reform w zakresie profilaktyki, w wyniku czego zakres jej prac tak się rozszerzył, że stało się niepodobieństwem podołać tym zadaniom równocześnie z innymi pracami. Biorąc to właśnie pod uwagę, rząd zwolnił Państwową Inspekcję Sanitarną od prac związanych z codziennymi zagadnieniami sanitarnymi, jak kontrola sanitarna, walka z epidemiami itp., a całkowitą uwagę Inspekcji skierował na rozwiązanie najważniejszych w tej chwili zagadnień — ulepszenie warunków życia ludności radzieckiej, ochrona największych naturalnych bogactw ZSRR. Sprawowaniem bieżącego nadzoru sanitarnego w terenie zajmie się **służba sanitarno-przeciwepidemiczna.**

Państwowa Inspekcja Sanitarna będzie więc: przeprowadzać kontrolę zarządzeń, mających zabezpieczać czystość powietrza, zbiorników wody i gleby przed odpadkami przemysłowymi i gospodarczymi; sprawować nadzór nad zachowywaniem wymogów sanitarno-higienicznych przy projektowaniu i budowie zakładów przemysłowych, przy planowaniu i budowie miast, osiedli robotniczych, uzdrowisk itd.; kontrolować pod względem santarno-higienicznym produkcję przemysłową, zwłaszcza środków żywnościowych oraz produkcję środków leczniczych (preparatów bakteriologicznych, surowic, antybiotyków) itp.

Na czele Wszechzwiązkowej Państwowej Inspekcji Sanitarnej stoi Główny Inspektor Sanitarny ZSRR, zastępca ministra zdrowia. W poszczególnych republikach związkowych i autonomicznych Główny Inspektor Sanitarny jest zastępcą ministra zdrowia danej republiki. W obwodach, dzielnicach kraju i miastach mamy obwodowych, dzielnicowych i miejskich państwowych inspektorów sanitarnych, którzy są zastępcami poszczególnych kierowników wydziałów zdrowia jednak odpowiedzialni są tylko wobec nadrzędnych organów państwowej inspekcji sanitarnej.

Wszechzwiązkowa Państwowa Inspekcja Sanitarna będzie miała swych pełnomocników we wszystkich dużych, specjalnie ważnych budowach (nowe miasta, kanały, zakłady przemysłowe, zbiorniki wody itp.). Z chwilą przekazania danego obiektu do użytku kończy się działalność pełnomocnika, a dalszą kontrolę sanitarną przejmują organa służby sanitarno-przeciwepidemicznej.

Państwowa Inspekcja Sanitarna powołuje do współpracy doświadczonych specjalistów w budowach komunalnych, przemysłowych, higienistów przemysłowych, higienistów środków żywnościowych, lekarzy szkolnych itp. Państwowi Inspektorzy Sanitarni zasięgają rady i korzystają z pomocy wszystkich instytutów i laboratoriów w kraju. Inspektorzy mają prawo wstrzymać dalszą budowę i nie oddać do użytku gotowego już np. zakładu przemysłowego, jeśli znajdą tam niedociągnięcia w dziedzinie sanitarnej.

Jak wspomniano wyżej, codzienna kontrola i ulepszanie stanu sanitarnego miast, wsi, zakładów przemysłowych, osiedli robotniczych, warsztatów pracy itp. staje się zadaniem Służby Sanitarno-Przeciwepidemicznej, której zakres pracy wobec ścisłego sprecyzowania zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej znacznie się rozszerzył.

Streścił W. L.

PODAWANIE INSULINY

Jedną z pierwszych czynności przy chorych na cukrzycę jest wstrzykiwanie insuliny. Ponieważ chorzy ci często stosują insulinę przez długie okresy, a niekiedy i przez całe życie muszą dokładnie poznać i zrozumieć zasady oraz opanować technikę zastrzyku.

Zabieg ten z powodu wyjątkowej u diabetyków wrażliwości skóry na infekcje i jej konsekwencje, oraz z uwagi na to, że insulinę pobiera się z fiolki kilkakrotnie (łatwość zainfekowania) winien być przeprowadzony w **idealnej czystości** w znaczeniu aseptycznym. **A więc bezwzględnie przed każdym zastrzykiem należy wygotować strzykawkę, igły i ewentualnie pensetkę przez 10 minut od chwili zagotowania.**

Ze względu na to, że zabieg ten będzie stosowany w warunkach domowych, czasami może i tzw. „ulicznych" powinien być wykonany przy użyciu minimum narzędzi i materiału.

ZESTAW

I. Na tacce, lub talerzu sterylizator, lub specjalnie przeznaczony rondelek, albo metalowe, szczelnie zamykane pudełko, a w nim:

1. Strzykawka, najlepiej specjalna-insulinowa.
2. Igły do zastrzyków podskórnych — 2 szt. (jedna do nabierania, druga do wstrzykiwania insuliny).
3. Pensetka anatomiczna.

II. Pudełeczko blaszane, zawierające tamponiki z gazy. Pudełeczko z gazikami należy uprzednio wyprażyć w piecu przez 20 minut.

III. Fiolka insuliny.

IV. Spirytus lub eter.

V. Torebka z papieru, lub prosty kawałek papieru na zużyte tamponiki.

VI. Jeśli w domu pacjenta nie ma wody bieżącej, należy przygotować miednicę z wodą do mycia rąk, mydło i ręcznik.

SPOSÓB WYKONANIA

1. Otworzyć pokrywkę sterylizatora, (rondelka), tak, żeby nad wygotowanymi rzeczami nie przesuwać rękami, ani zewnętrzną stroną pokrywki. Pokrywkę położyć na stole obok sterylizatora stroną wygotowaną ku górze.

2. Umyć ręce.

3. Zmontować strzykawkę, (przy montowaniu nie kichać, nie kaszlać, nie rozmawiać).

4. Po zmontowaniu strzykawki odłożyć ją do sterylizatora albo można położyć na tacy, lub brzegu stołu, ale tak aby igła była w powietrzu, lub wreszcie trzymać ją między III a IV palcem lewej ręki igłą ku górze.

Pobranie leku. — Insulina najczęściej jest w użyciu w 5 cm., lub 10 cm. fiolkach z korkiem gumowym i służy do kilkakrotnych wstrzyknięć.

Korek fiolki należy przetrzeć tamponikiem zmaczanym w spirytusie, przebić igłą i nabrać odpowiednią ilość insuliny do strzykawki, wyjąć igłę i zmienić ją przed użyciem na czystą. Korek gumowy wytrzeć spirytusem, eterem, lub benzyną, by otwór zasklepił się.

Wstrzyknięcie. — Oczyścić skórę i przestrzegając zasad techniki zastrzyku, wstrzyknąć odpowiednią dawkę w odpowiednie miejsce.

Po zabiegu igły, strzykawkę przepłukać i osuszyć, (lub w razie braku czasu przechowywać w spirytusie, który zapobiega rdzewieniu), a przed użyciem **wygotować.** Zużyte tamponiki zawinąć w torebkę z papieru i wyrzucić. Wszystkie rzeczy skompletować uporządkować i odstawić na miejsce.

Zanotować wykonanie zabiegu. Przed odejściem przekonać się, czy posiłek jest właściwie przygotowany.

J.

NA WESOŁO



— ...powiedziałabym ci znacznie więcej, gdyby ci się tak bardzo nie śpieszyło...

— Bo zdaje mi się, że gdzieś coś się tli...

— ?!

MINCZEWSKA MARIA
Instr. Piel. Wydz. Zdr.
Zarz. Miejsk. w Łodzi

ZLP W ŁODZI

JAK ORGANIZUJEMY W ŁODZI PLACÓWKI LECZNICTWA OTWARTEGO?

Z dniem 1 stycznia 1950 r. Łódź rozpoczęła reorganizację lecznictwa otwartego dla świata pracy w ramach Zakładu Lecznictwa Pracowniczego. Do tego czasu istniały w Łodzi 3 Miejskie Ośrodki Zdrowia, 2 duże Ośrodki Specjalistyczne, kilkadziesiąt rejonów Ubezpieczalni Społecznej oraz kilka ambulatoriów PCK, T.O.Zu itp.

Zasadą nowej organizacji lecznictwa otwartego jest utworzenie sieci **podstawowych ośrodków zdrowia** (ich cel to poradnia ogólna oraz opieka nad matką i dzieckiem), z których każdy obejmowałby swoją opieką około 10 tysięcy mieszkańców, oraz utworzenie **specjalistycznych ośrodków zdrowia,** przewidzianych na 50 tysięcy ludności każdy.

19 Ośrodków

W warunkach łódzkich, wobec liczby 600.000 mieszkańców, z których 85 % stanowią ubezpieczeni i ich rodziny, zaś 5% podopieczni Opieki Społecznej, należałoby stworzyć około 60 podstawowych Ośrodków Zdrowia i co najmniej 10 Ośrodków Specjalistycznych. W chwili obecnej, wskutek braku kadr fachowych i niedostatku lokali, realizacja takiego planu nie jest jeszcze możliwa. Dlatego, zachowując podział administracyjny miasta, stworzono 15 podstawowych ośrodków zdrowia, obejmujących swoją działalnością 15 komisariatów M.O., oraz 4 ośrodki specjalistyczne, każdy dla około 150.000 ludności.

Ponieważ skupienie lecznictwa w 15 ośrodkach podstawowych utrudniałoby ludności dostęp do lekarza, poradnie ogólne podzielone zostały na r e j o n y, obejmujące swym zasięgiem grupy po 10—15.000 ludności. Lekarze rejonowi zostali przeniesieni z prywatnych gabinetów, w których dotychczas pracowali jako lekarze Ubezpieczalni Społecznej, do lokali poradni ogólnych. Poradnie te czynne są od 8—12 godzin dziennie. Lekarze, poza godzinami przyjęć w poradni, załatwiają w ciągu 4—6 godzin wizyty u obłożnie chorych w terenie.

Do pomocy lekarzom poradni ogólnych przydzielono personel pielęgniarski i biurowy. Tak jak dotychczas utrzymano liczbę poradni dla dzieci zdrowych i chorych, dla kobiet ciężarnych (po 1 na komisariat M.O.) oraz inspekcję sanitarną. Poza tym w dawnym układzie pozostają do końca bieżącego roku szkolnego poradnie szkolne (1 poradnia na 4—5 szkół podstawowych i przedszkoli).

Ilość godzin pracy personelu fachowego w podstawowych ośrodkach zdrowia została obliczona w stosunku do liczby ludności w obsługiwanym terenie.

Przy dużych zakładach fabrycznych, zatrudniających po kilka, czy kilkanaście tysięcy pracowników, powstają p r z y f a b r y c z n e podstawowe ośrodki zdrowia, które przede wszystkim mają za zadanie opiekę nad pracownikami danego zakładu, a następnie nad ludnością najbliższego terenu.

Szkolenie Personelu

Reorganizacja lecznictwa otwartego w Łodzi napotkała na szereg trudności, z których bardzo istotną była konieczność przestawienia sposobu pracy pielęgniarskiej na nowe tory. Personel ośrodków miejskich znał dobrze pracę w terenie, natomiast słabo orientował się w zasadach rejestracji i w ogóle pracy w Ubezpieczalni Społecznej. Personel Ubezpieczalni natomiast nastawiony dotąd wyłącznie na lecznictwo nie znał się na pracy zapobiegawczej. Dlatego już w styczniu przeprowadzono w poszczególnych obwodach wielogodzinne odprawy, na których omówiono: organizację sieci placówek lecznictwa otwartego na terenie miasta, organizację pracy w ośrodkach nowego typu, zadania poszczególnych poradni, zagadnienie pracy terenowej itd. Kursy te wzbudziły żywe zainteresowanie. Koleżanki dzieliły się nawzajem doświadczeniami z rozmaitych placówek i wysuwały projekty, mające na celu usprawnienie pracy.

Początkowe odprawy wprowadzające przekształciły się obecnie w narady usługowe.

Rejestracja sprawia trudności

Inny rodzaj szkolenia stanowiły 14-godzinne kursy dla rejestratorek. Na 2 takich kursach przeszkolono 50 osób.

Wobec rozbicia poradni ogólnej podstawowego ośrodka zdrowia na poszczególne rejony, dużo trudności sprawia zagadnienie rejestracji centralnej. Każdy rejon stanowi podstawę terenowej pracy wśród ludności — „pracy nad środowiskiem" — tam więc musi znajdować się kartoteka środowisk danego terenu, natomiast poradnie B i poradnie C oraz poradnie szkolne obejmują swą działalnością kilka rejonów jednego podstawowego ośrodka zdrowia. Dlatego słuszne, choć kłopotliwe, będzie wprowadzenie w życie kart zastępczych i skupienie całej kartoteki podstawowego ośrodka zdrowia — kartoteki centralnej — w jednym punkcie.

Na skutek tego powstanie początkowo „wędrówka" kart z rejonu do podstawowego ośrodka zdrowia i z powrotem, aby umożliwić rejestrację centralną wszystkich zagadnień i spraw toczących się w poszczególnych rejonach. W przyszłości z każdego dzisiejszego rejonu powstanie podstawowy ośrodek zdrowia i wtedy problem rejestracji zostanie automatycznie rozwiązany.

W ośrodku specjalistycznym (ponieważ tu przeważa lecznictwo) nie zachodzi potrzeba rejestracji centralnej i — wydaje nam się — wystarczy dotychczasowa oddzielna rejestracja dla poszczególnych poradni. Poradnie specjalistyczne jednak mają obowiązek sygnalizowania w podstawowym ośrodku zdrowia wszystkich przypadków specjalistycznych, jakie się zdarzyły w środowiskach rodzinnych czy zbiorowych (szkoły, żłobki, zakłady pracy itp.). **Kontakt więc poradni specjalistycznych z podstawowym ośrodkiem zdrowia będzie utrzymany.**

Braki w kadrach

Pracę, zwłaszcza terenową utrudnia brak kadr pielęgniarskich. Obecnie nie jest jeszcze możliwe wprowadzenie pełnej liczby pielęgniarek przewidzianej schematem organizacyjnym do obsłużenia wszystkich środowisk skupionych w każdym podstawowym ośrodku zdrowia. Praca terenowa ogranicza się głównie do wykonywania zabiegów zleconych u obłożnie chorych, oraz do odwiedzin domowych tam gdzie są niemowlęta i chorzy na gruźlicę. W placówkach gdzie istnieją po temu możliwości organizuje się powoli pracę terenową na nowych zasadach.

W kwietniu br. uruchomiono wzorowy, przyfabryczny podstawowy ośrodek zdrowia, w którym zorganizowano centralną rejestrację i rozpoczęto pracę terenową — wykonywanie zabiegów i przeprowadzanie wywiadów społecznych. Będzie to pierwsza placówka indywidualnego doszkalania pielęgniarek dla Z.L.P.

Co dwa tygodnie przełożone pielęgniarek z rejonów i starsze pielęgniarki ośrodków zdrowia omawiają na wspólnych naradach dotychczasowe osiągnięcia swych placówek i plany na okres następny. Między innymi opracowano szczegółowe regulaminy pracy personelu pielęgniarskiego i rejestratorek. Plany te wprowadzono w życie we wszystkich placówkach.

Wspólne zebrania o charakterze narad usługowych pozwalają nam wypracowywać nowe metody pracy, dostosowane do potrzeb i właściwości terenu działania.

Ponieważ reorganizacja placówek lecznictwa otwartego dokonuje się w większości miast, dlatego uważam za słuszne, aby wszystkie Koleżanki, zainteresowane tą sprawą, dzieliły się na łamach naszego pisma swoimi doświadczeniami z własnych terenów.

Maria Minczewska

ARTYKUŁ DYSKUSYJNY

PLACÓWKA EKSPERYMENTALNA

Z DZIAŁALNOŚCI XI OŚRODKA ZDROWIA ZA PIERWSZY KWARTAŁ 1950 R.

XI Ośrodek Zdrowia, specjalistyczny-dziecięcy, jest pierwszym z reorganizowanych na wzór ośrodków radzieckich; ma więc być placówką eksperymentalną, wzorową i pokazową. Celem i dążeniem Ośrodka Zdrowia jest rozwiązanie zagadnienia lecznictwa zespolonego, samowystarczalność i całkowite obsłużenie w s z y s t k i c h dzieci swojego rejonu, tak zdrowych jak i chorych. Dla urzeczywistnienia tych celów konieczne jest uzgodnienie rejonu Ubezpieczalni Społecznej z rejonem Ośrodka Zdrowia, posiadanie własnego rentgena, laboratorium, gabinetu fizykoterapeutycznego z salą gimnastyczną (dla ortopedii i gruźlicy kostno-stawowej) i uruchomienie elektrokardiografu (EKG).

Częściowo plany te są już realizowane, a w najbliższej przyszłości przewidywane jest ich zrealizowanie c a ł k o w i t e.

Ciągłość obserwacji lekarskiej

W związku z zagadnieniem lecznictwa zespolonego, tzn. utrzymania ciągłości p r o f i l a k t y k i i l e c z e n i a dziecka przez jednego lekarza, XI Ośrodek Zdrowia zapoczątkował to na razie w ten sposób, że lekarz z poradni „B" (niemowlęcej) jest jednocześnie lekarzem w poradni „OI" (interna dziecięca), a więc ten sam lekarz prowadzi w swoim rejonie dzieci zarówno zdrowe jak i w czasie choroby. Poza tym lekarze poradni specjalistycznych, jak „Ch" (chirurgia), „Ortopedia"; „GI" (przeciwgruźlicza), „Endokrynalna" — z chwilą umieszczenia dziecka w szpitalu prowadzą nadal ich leczenie szpitalne.

Osobno dzieci chore i zdrowe

W początkowej fazie reorganizacji zlikwidowano płatne ambulatoria przyszpitane, a na ich miejsce powstały bezpłatne poradnie dla dzieci świata pracy. Lokal Ośrodka został znacznie powiększony, tak że mieści się w nim obecnie trzynaście czynnych poradni, zaś w kwietniu uruchomione zostaną dalsze dwie — laryngologiczna i okulistyczna.

Stan personelu przedstawia się następująco:

lekarzy — 15, w tym 5 lekarzy Ubezpieczalni Społecznej

pielęgniarek — 11, w tym 5 wykwalifikowanych i 6 „Młodszych“

położna — 1

laborantki — 2 (dentystyczna i rentgenowska).

Powiększenie lokalu Ośrodka Zdrowia umożliwiło podział na 2 części z oddzielnymi klatkami schodowymi dla dzieci zdrowych i chorych.

Poradnia „B“ i „BI“ jest całkowicie odseparowana. Matki z dziećmi wchodzą drugą klatką schodową do poczekalni poradni „B“, gdzie urzęduje specjalna rejestratorka. Ta rejestracja ściśle współpracuje z Główną Rejestracją (wspólna numeracja, karty pozostają w Głównej Rejestracji). Rolę stałego łącznika spełnia woźna przydzielona wyłącznie do poradni „B“.

Szczepienia

W poradniach „B“ i „BI“ dopiero od lutego br. rozpoczęła się systematyczna praca. Obecnie na szeroką skalę prowadzi się akcję pirquetyzacji i szczepień przeciwbłoniczych. Każde dziecka z wynikiem (Pq —) od razu zostaje zaszczepione przeciw błonicy. W tym celu we własnym zakresie wprowadzono druki pouczające dla wszystkich matek. Druki te zdały egzamin, bo o ile w grudniu — styczniu na odczytanie wyniku pirqueta względnie na drugie szczepienie przeciwbłonicze przychodziło bardzo niewiele matek, o tyle w lutym—marcu tylko w wyjątkowym wypadku matka się nie zgłaszała.

Dzieci z wynikiem (Pq +) są odseparowywane w ten sposób, że trzecia sobota każdego miesiąca przeznaczona jest tylko do badań tych dzieci. Poza tym każde dziecko nowozapisane ma pobieraną krew na Chediaka. Akcja przeciwkrzywicza obejmuje 499 dzieci.

Wobec ograniczonej liczby pielęgniarek poradnia „B“ i poradnia „GI“ posługują się drukami — wezwaniami do matek, celem ściągnięcia dziecka do poradni.

Zgłaszające się dziecko badane jest przez lekarza tego samego dnia.

ZAKAŹNIE CHORE

Pierwsza klatka schodowa przeznaczona jest dla dzieci chorych. Przed główną poczekalnią i rejestracją mieści się „filtr“ z boksami dla zakaźnie chorych, obsługiwany przez wykwalifikowaną pielęgniarkę, której zadaniem jest prowadzenie krótkiego wywiadu z matką, przegląd dzieci wchodzących, aby wyłowić ewentualnie dzieci z chorobami zakaźnymi i odseparować je. Boksy dla zakaźnie chorych składają się z 5 kompletnie urządzonych celek — izolatek, przeznaczonych dla dzieci z odrą, ospą wietrzną, szkarlatyną, kokluszem oraz celka obserwacyjna, w której pielęgniarka umieszcza dziecko jeśli nie jest pewna choroby zakaźnej. Po zbadaniu przez lekarza, dziecko z boksu dla zakaźnych wychodzi drugimi drzwiami na klatkę schodową (z ominięciem „filtru“). Inne dzieci z „filtru“ przechodzą do rejestracji, wspólnej dla Ośrodka Zdrowia i Ubezpieczalni Społecznej.

BRAKI I TRUDNOŚCI

Rejestracja XI Ośrodka Zdrowia ma duże trudności i braki: 1) rejestracja wyłączona jest z dużego holu tylko barierą i dotąd jeszcze nie oszklona, 2) złe światło elektryczne, przy którym rejestratorki muszą cały dzień pracować (pożądane byłoby oświetlenie neonowe), 3) posadzka kamienną, 4) brak drugiej kartoteki, 5) brak druczków, 6) brak szybko orientujących się i fachowych rejestratorek-pielęgniarek, tak ze strony UBESP. SPOŁ. jak i WYDZIAŁU ZDROWIA PUBLICZNEGO.

Rejestracja Ubezpieczalni Społecznej jest stopniowo włączana w kartotekę Ośrodka Zdrowia, ale jak już wspomniałam brak druków, nemów, kart lekarskich i kopert pracę tę opóźnia.

Poradnia „GI“ (przeciwgruźlicza) oddzielona od innych, ma dużą frekwencję, 30—40 porad dziennie. Wprowadzono tam ruchomą kartotekę, a ponadto we własnym zakresie wykonano specjalne druki dla ściągania dzieci z grupy D i E, które od dawna nie zgłaszały się do poradni. Poradnia „G“ odczuwa dotkliwy brak szafy do klisz rentg. Poradnia „OI“ czynna jest codziennie od godziny 8—18,30 w 2 gabinetach i obsługiwana przez 6 lekarzy pediatrów (w tym 5 z ramienia Ubezp. Społ.). Celem poradni „ogólnej“ jest, aby żadne dziecko świata pracy nie odeszło bez porady.

Gabinet Zabiegowy sąsiadujący z poradnią „OI“ czynny jest także od godziny 8—18,30 i obsługiwany przez 2 pielęgniarki, które wykonują zabiegi w terenie. Tu odczuwa się brak torby zabiegowej. Frekwencja w Gabinecie Zabiegowym jest duża, zwłaszcza w godzinach rannych (20—30 samych pobierań krwi na O. B.).

PERSONEL

Cały personel lekarski, pielęgniarski i fizyczny, bez względu na to na jakim jest etacie, podlega władzom Ośrodka Zdrowia. Wszystkie pielęgniarki podlegają Starszej Pielęgniarce, która w porozumieniu z Lekarzem Naczelnym układa plan pracy, usprawnia pracę, wydaje instrukcje i czuwa nad całością pracy pielęgniarskiej. Co tydzień odbywają się odprawy, na których omawia się sprawy bieżące i aktualne zagadnienia z poszczególnych poradni.

Początkowo, a nawet i teraz dużo trudności sprawia personel pielęgniarski Ubezpieczalni Społecznej, który nie umiał i nie chciał podporządkować się władzom Ośrodka. Personel ten nie dość, że w większości nie jest wykwalifikowany, ale na domiar zdemoralizowany pracą w Ubezpieczalni Społecznej, która nie stawiała takich wymagań pielęgniarkom, jakie konieczne są dla dobra pracy w lecznictwie otwartym.

Janina Drągowska

Starsza Pielęgniarka

KILKA NOWYCH ANTYBIOTYKÓW

Spośród wielu nowych antybiotyków wyosobnionych w ciągu ostatnich 2 lat największe znaczenie kliniczne posiadają: chloromycetyna, aureomycyna, neomycyna, bacitrocyna i polimyksyna.

CHLOROMYCYNA

Wyosobniona w roku 1947 przez Burnholdera ze szczepu *streptomyces venezuelae.* została przebadana laboratoryjnie w rekordowym wprost czasie. Nie upłynęło 18 miesięcy od chwili jej odkrycia, a już otrzymano ją syntetycznie.

Główne znaczenie tego antybiotyku polega na tym, że jest to lek działający energicznie nie tylko przeciw licznym drobnoustrojom gramododatnim i gramoujemnym, lecz jest to także środek wyboru przeciw durowi brzusznemu, i prawdopodobnie przeciw gorączce maltańskiej (brucellozie). Poza tym zwalcza skutecznie rozmaite choroby zakaźne, wywołane przez rikettsje i wirusy, a szczególnie dur plamisty. We wszystkich tych schorzeniach gorączka i inne objawy znikają z reguły w czasie krótszym niż 3 dni, a często nawet mniej niż 48 godzin.

AUREOMYCYNA

Niezwykle interesująca jest rozpiętość działania tego antybiotyku. Wydzielona ze *streptomyces aureofaciens* w lipcu 1948 roku, odznacza się niezmiernie nikłą toksycznością i — podobnie jak chloromycyna — może być podawana doustnie. Aureomycyna zwalcza skutecznie zakażenia wywołane przez rikettsje i wirusy oraz bardzo liczne schorzenia powstałe na tle zakażeń bakteriami gramododatnimi i gramoujemnymi. Szczególnie godne uwagi jest działanie jej przeciw durowi plamistemu, i przeciw zapaleniu płuc wirusowemu. Lek ten daje wspaniałe wyniki w terapii gorączki maltańskiej, bakteryjnych zapaleń płuc, różnych zakażeń gronkowcowych, ostrego zapalenia otrzewnej, i w mieszanych zakażeniach dróg moczowych; natomiast działanie w durze brzusznym jest znacznie słabsze niż chloromycyny. Aureomycyna jest stosowana z doskonałym skutkiem w różnych zakażeniach skóry i w okulistyce.

Zarówno aureomycyna jak i chloromycyna różnią się od penicyliny i streptomycyny tym, że przy długotrwałym stosowaniu tylko bardzo nieznacznie wzrasta oporność bakterii na ich działanie.

NEOMYCYNA

Sporządzona przez Waksmana ze *streptomyces Fradiae* wyróżnia się potężnym działaniem na laseczniki Kocha, szczególnie zaś na laseczniki oporne na działanie streptomycyny. Jest to lek pozbawiony wszelkiej toksyczności na układ nerwowy i nawet najdłużej stosowany nie powoduje uodpornienia bakterii na jej działanie. Należy więc przewidywać, że neomycyna zastąpi streptomycynę w leczeniu gruźlicy.

BACITRACYNA

Produkt *bacillus subtilis* wykazuje działanie całkiem podobne do penicyliny, co pozwala na stosowanie jej przeciw drobnoustrojom opornym na działanie penicyliny. Bacitracynę wykorzystano dotąd właściwie tylko w leczeniu zakażeń chirurgicznych i dermatologicznych, wydaje się jednak, iż lek ten można podawać dla wzmocnienia działania penicyliny ewentualnie razem z nią do leczenia kiły.

Istnieją mimo wszystko przeciwwskazania dla bacitracyny, ponieważ środek ten niemal we wszystkich przypadkach wywołuje przejściowy białkomocz.

POLIMYKSYNA

Wyodrębniona w roku 1947 z bakterii pasożytującej w glebie *bacillus polymyxa* wykazuje działanie niemal wybiórcze przeciw drobnoustrojom gramoujemnym, dzięki czemu podobna jest do streptomycyny. Polimyksyna działa bardzo silnie na pałeczkę grypy (bacillus influenzae Pfeifferi) i pałeczkę Friedländera, jednakże wobec szkodliwego działania na nerki (wskutek zanieczyszczeń) na razie stosowana jest bardzo ostrożnie.

Polimyksyna, pod nazwą a e r o s p o r y n a polecana była przez wielu lekarzy angielskich jako środek leczący koklusz. Tu jednak również notowano bardzo liczne powikłania nerkowe.

***

Mówiąc ogólnie o wartości nowych antybiotyków trzeba podnieść, że wiele z nich można podawać doustnie, że stosowanie ich nawet przez dłuższy czas nie zmniejsza podatności drobnoustrojów i, że wykazują bardzo nieznaczną toksyczność za wyjątkiem bacitracyny i polimyksyny, które uszkadzają nerki wskutek zawartych w nich zanieczyszczeń.

Źródło:

Prof. Georges Bickel

Medecine et Hygiene nov. 1949 r.

W SZKOLE I NA KURSIE

Święto 1 maja



Pierwszy raz w uroczystościach 1 Majowych wzięły udział w całym kraju liczne grupy słuchaczek nowych Ośrodków Szkolenia PCK — przyszłe Młodsze Pielęgniarki.

Na ulicach miast wojewódzkich i powiatowych, wśród oklasków i życzliwych okrzyków zebranych, przedefilowały z transparentami i czerwonymi szturmówkami szeregi Młodszych Pielęgniarek.

Licznie zorganizowane w Związku Młodzieży Polskiej szły one w ramach tej organizacji, tworząc szeregi przyszłych pielęgniarek, które wyszły z klasy pracujących i mocno z tą klasą są związane.

NOWE ABSOLWENTKI

W dn. 19 maja rb. Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa Nr 3 w Warszawie (b. Szkoła Awansu Społecznego, założona przez Związek Służby Zdrowia w 1947 r.) obchodziła wielką uroczystość: wręczenie dyplomów absolwentkom pierwszego kursu przyjętego do Szkoły. Na uroczystości tej byli obecni liczni przedstawiciele Związku Zaw. Służby Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, PZPR, władz miejskich, organizacji społecznych i zaproszeni goście. Po przemówieniu dyrektorki Szkoły ob. Blum - Bielickiej, zabrał głos przewodniczący Zw. Zaw. Pracowników Służby Zdrowia Dr A. Fiderkiewicz (przemówienie podajemy oddzielnie) oraz przedstawiciele Min. Zdrowia ob. ob.: Dr Branowitzer i Dr Rutkiewicz.



Dyplomy otrzymały:

Chrupek Stanisława
Grubówna Wanda
Frączak Anna
Krakowska Helena
Kowalczyk Helena
Kowalska Julianna
(z odznaczeniem)
Kowalska Walentyna
Kupiec Czesława
Listek Władysława
Łukawska Helena
Motylewska Wacława
Orlińska Marianna
Orman Józefa
Ozimska Janina
Paszkowska Krystyna
Pilarska Janina
Purzycka Helena
Seroczyńska Bronisława
Świstak Zofia
Walesiak Maria
Włodarczyk Jadwiga

J. S.

*

* *

PRZEMÓWIENIE DYREKTORKI SZKOŁY,
OB. BLUM-BIELICKIEJ:

(fragmenty)

W dniu dzisiejszym otrzymują dyplomy pierwsze absolwentki Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa Nr 3 w Warszawie, pierwszej Szkoły Awansu Społecznego, założonej przez Zarząd Główny Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia.

Jest to niemal historyczne wydarzenie w zawodzie pielęgniarskim, otrzymują bowiem dziś dyplomy dziewczęta, które w większości przybyły do szkoły jako pracownice fizyczne i tu dopiero zdołały zdobyć wymagany cenzus oraz zawód — pracowników umysłowych".

Zwracając się do absolwentek ob. Dyrektorka powiedziała:

„Pragnę, abyście swoją pracą w zawodzie pielęgniarskim nawiązały do tradycji tych pielęgniarek-rewolucjonistek, które jeszcze w okresie Wiosny Ludów niosły pomoc rannym walczącym na barykadach, jak Zofia Barwikówna, Marcelina Jawoysz, czy córka fornala, Marta Rogala z Powstania 1863 r.

Zawód nasz jeszcze nie wyzwolił się całkowicie z klasztornych wpływów średniowiecza. Zadaniem waszym będzie tworzyć nowe kadry socjalistycznej Służby Zdrowia, zdyscyplinowanej w pracy i świadomej swego celu.

W Polsce Ludowej klasa robotnicza, jako gospodarz kraju, nadaje dyscyplinie pracy nową socjalistyczną treść. Pracując sumiennie i z zapałem, dacie wyraz swemu socjalistycznemu stosunkowi do pracy i przyczynicie się do wzmocnienia sił ludowej ojczyzny. Zadaniem Waszym będzie pouczyć personel mniej od was umiejący i mniej doświadczony.

Wasz czarny pasek nakłada na was obowiązek pouczania młodszych koleżanek, podciągania ich w pracy dla podniesienia poziomu pracy pielęgniarskiej w szpitalach, ośrodkach zdrowia, żłobkach i innych instytucjach służby zdrowia.

Szkoła wypuszcza was w świat i jak matka będzie się interesowała waszymi postępami w pracy, będzie się cieszyć waszymi osiągnięciami i pomoże radą w trudnych chwilach".

W dn. 15.IV.1950 w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa Nr 1 w Łodzi odbyła się uroczystość rozdania dyplomów 28 absolwentkom kursu III, z pośród których 7 otrzymało nagrody za celujące wyniki w nauce.

Od początku istnienia Szkoły 100 pielęgniarek po ukończeniu Szkoły objęło pracę w instytucjach zamkniętej i otwartej opieki lekarskiej

Dyplomy otrzymały:

Adamczak Helena
Andrzejczak Halina
Basista Irena
Bąkowska Stefania
Białczak Krystyna
Bieszczad Anna
Ciasiówna Sabina
Ciopińska Leokadia
Frenkel Karolina
Gąsowska Danuta
Jankowska Maria
Jędrzejczak Genowefa
Kaczmarek Helena
Kędzierska Zofia
Kubańczyk Krystyna
Niedzwiedzka Danuta
Pyziak Janina
Przybysz Krystyna
Reichartt Romualda
Rygała Jadwiga
Skokówna Danuta
Staszewska Helena
Świrska Regina
Stefaniak Halina
Skrzecz Halina
Twardowicz Stanisława
Wiśniewska Maria
Zwolińska Helena

W dn. 18 marca 1950 r. w Szkole Pielęgniarstwa Nr 2 w Warszawie wobec przedstawicieli władz państwowych, samorządowych i Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia i zaproszonych gości odbyło się uroczyste wręczenie dyplomów II zespołowi uczennic.



Dyplomy otrzymały:

Banaś Kazimiera
Barszczewska Władysława
Bączek Hipolita
Buyko Danuta
Czaplicka Irena
Dobrowolska Kamilla
Garbacz Maria
Gawdzik Henryka
Gogol Anna
Góral Barbara
Jabłonowska Janina
Jaroszewska Halina
Jaworowska Zofia
Kaca Maria
Kamińska Alicja
Kamińska Stefania
Kijewska Sabina
Kiliszek Stefania
Kołodziejczyk Teresa
Kosuń Teresa
Kozłowska Maria
Kucharska Urszula
Łukasik Róża
Małaczyńska Zofia
Mordas Janina
Moszoro Maria
Półmis Krystyna
Puławska Krystyna
Reputakowska Zofia
Rudnicka Alina
Sadowska Władysława
Sady Krystyna
Sarnowska Helena
Sikorska Helena
Stachowska Maria
Sypniewska Pelagia
Szewczenko Wanda
Sztangier Leokadia
Tabor Pelagia
Tałałas Irena
Tokarz Krystyna
Tołczyk Barbara
Wronka Halina
Zalewska Barbara

W Państwowej Szkole Pielęgniarstwa Nr 1 w Warszawie (przy Szpitalu Przemienienia Pańskiego) odbyła się w dn. 18. III 1950 uroczystość wręczenia dyplomów wobec przedstawicieli władz i zaproszonych gości.



Dyplomy otrzymały:

Bębacz Alina
Bielawska Daniela
Brzozowska Barbara
S. Chmielewska Elżbieta
Czaplicka Lucyna
Dębowska Zofia
Falkowska Krystyna
Gadoś Albina
Gomuła Stanisława
S. Kołodziejska Helena
Kotlarek Krystyna
Kowalik Danuta
Królówna Wacława
Krzeska Barbara
Kucharska Lucyna
S. Makowska Józefa
Mystkowska Alina
Niedziałkowska Jadwiga
Nierzwicka Janina
Obara Stanisława
Rechtman Wiera
Rutkowska Barbara
Sawicka Janina
Sękówna Teresa
Śmidowska Janina
Szałowska Zofia
Szumowska Danuta
Wolska Aleksandra

WYNIK WSPÓŁZAWODNICTWA

OGŁOSZONEGO W RAMACH CZYNÓW 1-MAJOWYCH, W NUMERZE 12 (GRUDZIEŃ 1949 R.) NASZEGO PISMA:

Wśród Szkół Pielęgniarstwa, uczestniczących we współzawodnictwie, **pierwsze miejsce** zajęła Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa w Nowym Sączu, przeprowadzając do dnia 15 kwietnia 1950 r. 11 pogadanek o walce z gruźlicą i wszawicą.

Pogadanek tych wysłuchało 4.060 dzieci.

Pomimo, iż w ogłoszonym współzawodnictwie NAGRODY nie były przewidziane, REDAKCJA wraz z życzeniami przesyła Szkole oprawiony rocznik „Pielęgniarki Polskiej".

KRONIKA

Z. Z. P. S. Z.

Konferencje „robocze"

W siedzibie Zarządu Głównego ZZPSZ w Warszawie odbyły się ostatnio konferencje, w których wzięli udział delegaci poszczególnych oddziałów Związku.

Specjalny nacisk położono na konferencjach na sprawy kulturalno-oświatowe. Ze sprawozdań wynikało, że tam, gdzie Koła Związkowe są liczniejsze życie kulturalno-oświatowe rozwija się bujniej, tam natomiast, gdzie Koła grupują zaledwie kilkudziesięciu członków — życie społeczne i kulturalno-oświatowe jest nikłe. Wyciągnięto więc słuszny wniosek, że małe Koła ZZPSZ powinny łączyć się na swoim terenie z innymi organizacjami celem ożywienia swej działalności.

Wszyscy delegaci zgodnie podkreślali objaw wręcz niepokojący — brak aktywu związkowego. W większości wypadków aktywista musi brać udział równocześnie w różnych sekcjach Oddziału, co oczywiście ujemnie się odbija na wynikach jego pracy. Sytuację taką powoduje to, że wielu członków wymawia się pod różnymi pozorami od czynnego udziału w pracy społecznej. Aby temu zaradzić, Związek zorganizował specjalne kursy dla mężów zaufania. W roku 1949 przeszkolono 745 osób, a w pierwszym kwartale 1950 roku — 969. Pomimo to, aktyw związkowy jest ciągle jeszcze za szczupły.

Konferencje wykazały, że w terenie istnieje także dwutorowość w pracy sekcji kobiecych przy ZZ i Lidze Kobiet.

Tematem konferencji była dalej troska o stan materialny personelu, zatrudnionego w szpitalach. Omawiano takie bolączki, jak niedostateczne wynagrodzenie, nie płacenie za godziny nadliczbowe itp. Tego rodzaju stan rzeczy powoduje stały odpływ personelu męskiego na roboty budowlane do Warszawy, a tym samym przeciążenie pracą salowych i i pielęgniarek, które z trudem wywalczają sobie należne im urlopy i, gdy je wreszcie otrzymają, niektóre dyrekcje nie przydzielają dodatkowych zastępstw, co z kolei nadmiernie obarcza resztę personelu.

Podkreślono również, że odwiedziny instruktorów mają miejsce zbyt rzadko, a zdarzają się też takie wypadki, że instruktor, zamiast roli wychowawcy, nauczyciela i doradcy, spełnia rolę kontrolera i to — mówiąc delikatnie — nawet niegrzecznego.

„Łatwo wam krzyczeć i wymyślać — zwraca się do instruktorów delegatka z P. — bo jesteście tylko od wizytowania, podczas gdy my, dopiero po wypełnieniu naszych obowiązków służbowych poświęcamy nasz wolny czas pracy społecznej. Chcemy od was rady, a nie wymyślań..."

Notujemy ten epizod w nadziei, iż się nigdy nie powtórzy więcej w praktyce instruktorskiej.

Utyskiwano także na dyrekcję niektórych zakładów które uniemożliwiają swym pracownikom urządzanie wycieczek względnie uczęszczania do teatrów. „Jak się wejdzie raz do takiego szpitala podwarszawskiego, to człowiek siedzi i siedzi na miejscu, a przecież tyle się mówi o kulturze. My z niej jednak w pełni korzystać nie możemy"... — narzeka jeden z delegatów.

Trzeba podkreślić, że... nie wszyscy delegaci orientowali się dobrze w swoich terenach. Np., gdy przedstawiciel CRZZ zapytał delegata z S. czy istnieje u nich współzawodnictwo pracy, ten nie umiał na to odpowiedzieć. Tymczasem na tym właśnie terenie istnieje współzawodnictwo nie tylko indywidualne, ale także międzyzakładowe a mianowicie jeden z ośrodków leczniczych stanął do współzawodnictwa z pokrewną instytucją z innego terenu. Ten sam delegat z S. nie potrafił podać nazwisk członków ORZZ. Jakże więc ma się rozwijać współpraca w terenie, skoro reprezentant związku nie zna członków zarządu instytucji nadrzędnej, z którą powinien być w stałym kontakcie?

Po sprawozdaniach delegatów głos zabrali przedstawiciele władz centralnych. Poruszyli oni kwestię sprawozdawczości. Oddziały i Koła w większości spóźniają się z nadsyłaniem raportów, a czasem nawet wcale ich nie sporządzają, wychodząc z założenia, że „grunt to robota". Zgoda. Grunt to robota, ale jeżeli się o tym nie pisze, to równie dobrze można sądzić, że na danym terenie Oddział lub Koło w ogóle nie pracuje.

Na zakończenie postanowiono, że dla usprawnienia prac związkowych podobne konferencje zwoływane będą co kwartał.

E. Gruda

KOLEŻANKI!

Nadsyłajcie do Kroniki wiadomości z terenu Waszej pracy

Z kraju

WARSZAWA

W ramach odprawy dla pielęgniarek poradni dziecięcych odbyło się w Państwowej Szkole Instruktorek Pielęgniarstwa w Warszawie, przy ul. Dworskiej — 17 pogadanek i wykonano demonstracje z zakresu opieki nad dzieckiem i pracy w poradni B. Na odprawie było obecnych około 50 pielęgniarek z terenu województwa Warszawskiego.

Wygłoszono następujące pogadanki: znaczenie karmienia naturalnego, hartowanie dziecka, wszawica i gnidy, krzywica. Wykonano następujące demonstracje: kąpiel i toaleta dziecka, mierzenie temperatury i tętna, pomiary dziecka, dezynfekcja bieżąca i końcowa.

Dobra organizacja pozwoliła na maksymalne wykorzystanie ograniczonego czasu, a krótkie i treściwe pogadanki dały wytyczne do pracy oświatowo-sanitarnej pielęgniarek poradnianych.

Całość tej pożytecznej imprezy, zorganizowanej przez słuchaczki Szkoły, wypadła interesująco.

W. K.

**
*

Sprawozdanie z odprawy pielęgniarek powiatowych i starszych pielęgniarek ośrodków zdrowia z terenu woj. Warszawskiego, w dniu 22 kwietnia 1950 r. w Pruszkowie

Z ramienia Ministerstwa Zdrowia udział w odprawie wzięła ob. ŁYŻWAŃSKA, inspektor lecznictwa otwartego.

Tematem odprawy były: 1) wydajność pracy na podstawie okresowych sprawozdań, 2) role i zadania scalonych placówek lecznictwa otwartego w planie 6-letnim, 3) walka z nieuzasadnioną absencją w zakładach pracy, 4) zobowiązania 1-majowe.

Referat wstępny wygłosił ob. dr KACZYŃSKI, Naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Warszawskiego, naświetlając aktualne zagadnienia organizacji pracy pielęgniarskiej w scalonych placówkach lecznictwa otwartego.

Następnie ob. *Łyżwańska* omówiła zagadnienie klasowości służby zdrowia, stosunek pracowników do pracy i do absencji oraz przeprowadziła analizę wydajności pracy na podstawie złożonych sprawozdań za rok 1949. Frekwencja w wielu ośrodkach zdrowia była niska, czas pracy lekarsko-pielęgniarskiej nie wykorzystany należycie, w wielu wypadkach pomocy udzielonej ubezpieczonym nie uwidoczniono w sprawozdaniach, co stworzyło mylny obraz sprawozdawczości, bo przy dużym wkładzie wysiłku pracującycn, aby ubezpieczonych otoczyć właściwą opieką — cyfrowo stan nie znalazł potwierdzenia. Pielęgniarki sposób należy ujmować zostały pouczone w jaki sprawozdawczość w scalonych punktach lecznictwa otwartego. Poza tym omówiono właściwą segregację chorych w poczekalni i w czasie zgłoszenia się do lekarza, aby umożliwić ciężko chorym i ubezpieczonym, zwalniającym się w czasie pracy, jak najłatwiejszy dostęp do lekarza. Usprawni to scalone placówki lecznictwa otwartego, pomoc i opiekę zdrowotną dla ubezpieczonych.

Zebrane, w związku ze Świętem 1-majowym, zgłosiły 2 zobowiązania zbiorowe i 45 zobowiązań indywidualnych.

Zobowiązanie zbiorowe: 1) założenie i uporządkowanie kartotek centralnych w ośrodku zdrowia do dnia 1. X 1950 r., (termin podany w harmonogramach do dnia 1. I 1951 r.), 2) podniesienie wydajności i usprawnienie pracy terenowej (odwiedziny domowe) celem osiągnięcia przewidzianych norm do dnia 1. X 1950 r.

N.

**
*

Sprawozdanie z odprawy kierowników i starszych pielęgniarek ośrodków zdrowia i przychodni Ubezpieczalni Społecznej na terenie Wrocławia odbytej w dniu 18 kwietnia 1950 r.

Z ramienia Ministerstwa Zdrowia odprawę przeprowadziła ob. ŁYŻWAŃSKA, inspektor lecznictwa otwartego.

Tematem odprawy było: 1) walka z nieuzasadnioną absencją w zakładach pracy, 2) zobowiązania 1-majowe, 3) wydajność pracy na podstawie okresowych sprawozdań.

Referat wstępny wygłosił z-pca Naczelnika Wydziału Zdrowia Urzędu Województwa Wrocławskiego dr SASS, który naświetlił zagadnienia służby zdrowia w planie 6-letnim oraz plan pracy na rok 1950. Dr SASS oparł się w swoim referacie na wytycznych, wygłoszonych przez ob. Ministra SZTACHELSKIEGO na zjeździe Naczelników Wydziałów Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia w kwietniu rb.

Stan lecznictwa otwartego w r. 1949 na terenie m. Wrocławia nie zaspokajał potrzeb świata pracy. Frekwencja w wielu ośrodkach zdrowia była niska, a czas pracy lekarsko-pielęgniarskiej i lokale nie należycie wykorzystane. W toku dyskusji: wyjaśniono niedociągnięcia i błędy okresu poprzedniego, a następnie ustalono plan pracy scalonych placówek lecznictwa otwartego na rok 1950 według wytycznych Ministerstwa Zdrowia. Szczególnie gorącą dyskusję wywołał problem powiązania funkcji lecznictwa otwartego z funkcjami lecznictwa zamkniętego. Omówiono zadania specjalistycznych poradni przyszpitalnych, ich powiązanie i współpracę z podstawowymi ośrodkami zdrowia. Nie mniej gorąco dyskutowana była sprawa niewykorzystania godzin pracy lekarsko-pielęgniarskiej (nieuzasadniona absencja) oraz zbyt łatwe udzielanie zwolnień od pracy, korzystającym ze świadczeń placówek lecznictwa otwartego. Taki stan rzeczy w wielu wypadkach prawdziwie choremu uniemożliwia korzystanie ze świadczeń leczniczych. Jednocześnie omówiono środki zaradcze, zwracając uwagę na punktualne przychodzenie lekarzy i pielęgniarek do pracy i pozostawanie w pracy tyle godzin, na ile zostali zaangażowani oraz na staranną selekcję chorych, aby w pierwszej kolejności umożliwić najcięższej chorym dostęp do lekarza

Z zagranicy

ZSRR

Ubiegłe dwa lata wykazały, że reorganizacja lecznictwa i połączenie szpitali z poliklinikami i ambulatoriami wskazuje nowe drogi dla akcji profilaktycznych i jeszcze aktywniejszej walki o obniżenie zachorowalności i śmiertelności.

Dla dalszej poprawy systemu obsługiwania ludności pod względem lecznictwa i zapobiegania chorobom, Rada Ministrów ZSRR wydała w końcu ub. r szereg zarządzeń, z których ważniejsze podajemy:

1. zatwierdzenie jednolitej nomenklatury dla typowych zakładów leczniczych;

2. obowiązkowe zakończenie połączenia zakładów leczniczych zamkniętych i otwartych do końca 1951;

3 .konieczność celowego rozmieszczenia zakładów leczniczych i ewentualnie zmiana ich lokali;

4. ustalenie jednego ośrodka finansowo-budżetowego dla połączonych zakładów leczniczych.

Stosownie do powyższej uchwały i po przeprowadzeniu, reorganizacji najważniejsze typy zakładów leczniczo - profilaktycznych przedstawiają się następująco: a) szpital z polikliniką, b) szpital przy zakładzie przemysłowym z polikliniką, c) szpital dziecięcy z ambulatorium dla dzieci, d) zakład położniczy z poradnią dla kobiet.

Zasadniczy typ miejskiego odcinka leczniczego będzie obejmował teren, zamieszkały przez 4.000 mieszkańców.

***

Wzorowa organizacja sezonowych żłobków na wsi, to jeden z czynników umożliwiających wykonanie planu gospodarczego w ramach spółdzielni produkcyjnych (kołchozów), ponieważ matki, spokojne o swe dzieci, mogą wydajniej pracować.

Zasadnicza rola w opiece nad dziećmi w żłobkach należy do pielęgniarek i felczerów, którzy pracują pod kierunkiem obwodowego lekarza. W r. b. liczba miejsc w radzieckich wiejskich żłobkach powiększy się o 10.000 łóżeczek. W żłobkach radzieckich pracują pielęgniarki i personel pomocniczy, wyszkolony specjalnie na krótkich kursach przygotowawczych. Rejonowe pielęgniarki wizytują żłobki 2—3 razy w tygodniu.

Do obowiązków pielęgniarek pracujących w sezonowych żłobkach na wsi należy nie tylko opieka nad dziećmi, ich zdrowiem, wyżywieniem i utrzymaniem w czystości, ale również akcja sanitarno-oświatowa w formie konferencji i pogadanek z rodzicami.

Doskonałe wyniki w 1949 r. uzyskało 14 żłobków okręgu moskiewskiego, w których pomimo 100% zapełnienia miejsc, nie było w ciągu sezonu ani jednego przypadku choroby.

***

W r. 1945 Instytut Oświaty Sanitarnej zorganizował tytułem próby kursy pielęgnowania i wychowania dziecka drogą korespondencyjną.

Program kursu składa się z 16 wykładów, obejmujących następujące tematy: pielęgnowanie niemowlęcia, karmienie i dokarmianie, pielęgnowanie dziecka od 1 do 4 lat, rozwój dziecka i wychowanie od urodzenia do lat 4, zaburzenia jelitowe u dzieci, krzywica, zakaźne choroby wieku dziecięcego, zapobieganie nieszczęśliwym wypadkom u dzieci, gruźlica, grypa.

W r. 1950 rozszerzono kurs przez dodanie jeszcze 3 wykładów: o przyczynach nerwowości u dzieci, pielęgnowaniu dziecka chorego i o glistach jelitowych.

Wykłady opracowali lekarze specjaliści, dodając na końcu szereg pytań, na które uczestnicy kursu powinni dać pisemną odpowiedź.

Kurs propagują lekarze, pielęgniarki i położne w poradniach i ambulatoriach. Przy zapisywaniu się na kurs, kobieta otrzymuje dwa pierwsze wykłady w skryptach, następne wykłady przesyłane są pocztą. Pielęgniarki i położne, znając dobrze warunki domowe matek, określają kolejność zapisów, następnie przypominają, aby uczestniczki kursu oddawały w określonym terminie swe pisemne odpowiedzi i otrzymywały dalsze wykłady. Niektóre matki posyłały swe odpowiedzi bezpośrednio do Instytutu w Moskwie.

Kursy te cieszą się ogromnym powodzeniem na całym obszarze Związku Radzieckiego. W niektórych miastach odbywają się konferencje dla kobiet, które ukończyły kursy, często na konferencjach tych bywają i ojcowie.

Najlepszym dowodem rozpowszechnienia kursów jest wielki nakład egzemplarzy wykładów, dochodzący w r. 1950 do liczby 100.000.

***

W ZSRR dużo uwagi poświęca się opiece lekarskiej nad robotnikami. Brygady lekarzy, przydzielone do poszczególnych oddziałów przeprowadzają dokładne badania wszystkich robotników, pracowników inżynieryjno - technicznych, szczególnie w oddziałach pieców metalurgicznych, martenowskich oraz w walcowniach. Specjalnie dokładnie przeprowadza się dyspanseryzację robotników oddziałów przodujących.

Każdy oddział posiada „Paszport Zdrowia", w którym zanotowane są dane o stanie zdrowia całego składu osobowego — z uwagami — kto i jakiej potrzebuje kuracji. Lekarz regularnie kontroluje, jak są wypełniane zlecenia. „Paszport Zdrowia" daje pełny obraz leczniczo-profilaktyczny zatrudnionych.

B.

ANGLIA

W London Hospital (kliniczny szpital w Londynie) wprowadzono doniosłą innowację w nauczaniu studentów medycyny. Studenci mają przejść obowiązkowy kurs „pielęgniarski", aby poznać zasady prawidłowego ścielenia łóżek, właściwego wykonywania toalety chorych, przyrządzania i podawania posiłków itd. Skoro student stanie się już lekarzem powinien przecież wiedzieć na co ma zwrócić uwagę w pracy pielęgniarki, powinien wskazać matkom, siostrom i domownikom chorego, bodaj ogólnie, w jaki sposób należy pielęgnować chorego w domu. Bo rzeczywiście student medycyny, a później lekarz nie będzie znał zasad pielęgnowania chorych, jeśli nie otrzyma żadnego w tym kierunku wykształcenia. Postępy studentów kontrolować ma ordynator szpitala, natomiast naukę pielęgnowania poprowadzą przełożone pielęgniarek na poszczególnych oddziałach.



Ogólny widok szpitala w Lindenhof

SZWAJCARIA

W wielu szpitalach szwajcarskich pracują młode dziewczęta jako tzw. pomocnice szpitalne, które pomagają pielęgniarkom w pracy przy chorych. Zakres ich prac jest dokładnie określony: zaścielanie łóżek po wyjściu chorych, mycie i czesanie chorych, pomoc pielęgniarkom przy prześcielaniu łóżek z ciężko chorymi, pomoc przy rozdawaniu posiłków, wyprowadzenie pacjentów na spacer, utrzymywanie porządku na salach chorych, oczyszczanie instrumentów, sprzątanie tac po zabiegach pielęgniarskich, przygotowanie materiału opatrunkowego. Jednak „pomocnice szpitalne“ nie posiadają prawa samodzielnej pracy na nocnych dyżurach i na oddziałach zakaźnych.

„Pomocnice szpitalne“ nie przechodzą żadnego teoretycznego przeszkolenia, lecz nabierają wiadomości drogą praktyki, która trwa od 6 miesięcy do 2 lat, nie dłużej. W czasie swej pracy podlegają pielęgniarkom i obowiązuje je podobnie jak pielęgniarki 60-godzinny tydzień pracy.

W Szwajcarii „pomocnice szpitalne“ nie stanowią specjalnego zawodu, lecz czas ich pracy uważany jest jako zajęcie przejściowe pomiędzy ukończeniem szkoły ogólnokształcącej, a wstąpieniem do jednej ze szkół przygotowujących do zawodu pielęgniarskiego, np. szkoły: pielęgnowania szpitalnego, pielęgnowania niemowląt oraz dzieci, pielęgniarstwa społecznego, psychiatrycznego itp.

W listopadzie ub. r. Szkoła Pielęgniarstwa Czerwonego Krzyża w Lindenhof pod Bernem obchodziła 50-lecie swego istnienia. Była to pierwsza szkoła pielęgniarstwa w Szwajcarii, zorganizowana z inicjatywy dr Waltera Sahli, członka Szwajcarskiego Czerwonego Krzyża, przy Szpitalu w Lindenhof.

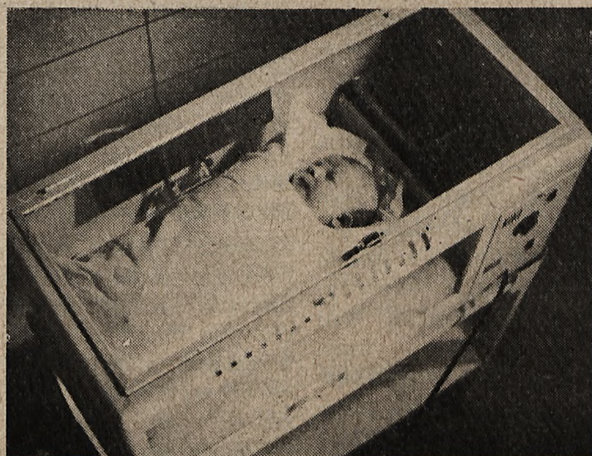
Na I kurs przyjęto 6 uczennic, następne kursy były coraz liczniejsze, a obecnie liczba uczennic w szkole wynosi 130.

Początkowo nauka w szkole trwała 1½ roku, od 1904 — 2 lata, a od roku 1908 trwa już 3 lata. Wykłady teoretyczne odbywają się równolegle z zajęciami praktycznymi w szpitalu i obejmują po 25 godzin wykładów miesięcznie w ciągu 5 miesięcy na I i II roku. W ostatnim roku nauki, przed egzaminem końcowym, wprowadzono 4 tygodnie zajęć wyłącznie teoretycznych. Zajęcia praktyczne odbywają uczennice w 10 szpitalach, na zasadzie umowy pomiędzy szpitalami, a szkołą pielęgniarstwa.

Od założenia szkoły otrzymało dyplomy 1492 pielęgniarki, z których obecnie pracuje 746.

S.

CZECHOSŁOWACJA



Najnowszy model łóżeczka — komory tlenowej, używany obecnie na oddziale wcześniaków w Uniwersyteckiej Klinice Położniczej w Pradze. Trafne rozwiązanie techniczne pozwala indywidualnie dla każdego wcześniaka regulować odpowiednią ciepłotę otoczenia

---

Z dniem 17 maja rb. weszła w życie ustawa o zabezpieczeniu socjalistycznej dyscypliny pracy, która stoi na straży ładu, broni ludzi sumiennych przed łazikami, przed ludzmi lekceważącymi swe zawodowe obowiązki.

Wszystkie Oddziały i Koło Związku Zawodowego Pracowników Służby Zrowia otrzymały Ustawę z dnia 19.IV.1950 r. o zabezpieczeniu socjalistycznej dyscypliny pracy, Uchwałę Rady Ministrów z dnia 5 maja 1950 r. i pismo okólne Nr 50 Centralnej Rady Związków Zawodowych.

Materiały te muszą być w każdej komórce ZZPSZ szczegółowo rozpatrzone, każdy pracownik powinien znać je dokładnie. Dopiero po zapoznaniu się z treścią Ustawy i Uchwały Rady Ministrów oraz szczegółowego wyjaśnienia w postaci pisma okólnego CRZZ będzie można przystąpić do wspólnego omówienia obowiązków i praw, jakie ta Ustawa nakłada na pracownika.

Gruntowna znajomość zarządzeń leży w interesie wszystkich pracowników tak fizycznych jak i umysłowych.



Wolna Trybuna

CHCIAŁABYM poruszyć na łamach „Wolnej Trybuny" sprawę, nad którą zastanawiam się od tak dawna jak dawno mam do czynienia ze szkoleniem. Chodzi mi nie o metodę szkolenia, nie o zakres itp., ale o najistotniejszą jego treść jaką jest p r a c a u c z e n n i c n a o d d z i a ł a c h s z p i t a l n y c h.

Młodsze pielęgniarki uczennice Ośrodków Szkolenia i Kursów bez internatu, nie mają jak wiadomo, własnych Oddziałów Szkolnych, w odróżnieniu od uczennic wielu Szkół Pielęgniarstwa.

Skazane są na ten Szpital, ten Oddział, ten personel jaki w danym mieście się znajduje, stąd jedne są szkolone dobrze, sumiennie, w sposób przemyślany i skoordynowany z metodą sali demonstracyjnej, inne, zależnie od warunków lokalnych, szybko przechodzą do porządku dziennego nad teorią i, śladem swych przygodnych instruktorek, swobodnie kroczą drogą „ułatwień" i „uproszczeń" stosowanych przez starsze koleżanki.

Koleżanki — pielęgniarki o pełnych kwalifikacjach, przełożone oddziałowe czy odcinkowe, do Was piszę te parę słów w sprawie tak bardzo trudnej, jaką jest powiązanie Waszej pracy oddziałowej z naszą — instruktorską.

Normalnie wejście uczennic do szpitala odbywa się w bardzo pogodnej atmosferze.

Dyrektor, Wicedyrektor, Przełożona (o ile już jest) i Oddziałowe przyjmują wiadomość o rozpoczynającej się praktyce uczennic z westchnieniem ulgi.

Oto przeciążonemu i nielicznemu personelowi odejmie się część pracy, oto pacjent będzie umyty i prześciełany umiejętnie i dokładnie, bo przecież pracę tę dotąd wykonuje salowa, w cięższych przypadkach pielęgniarki, ale one — mają zabiegi, wypełnianie kart, prace administracyjne słowem tysiące różnych trosk oddziałowych, zależnie od funkcji i liczebności personelu. — A tego ostatniego jest zawsze za mało, no bo... gdyby go było dość nie szkolilibyśmy Młodszych Pielęgniarek.

Szpital chętnie idzie na rękę dyrekcjom i kierownictwu. Przy łóżkach chorych pojawiają się po 2 ręczniki, myjki, rękawice do wymiatania okruchów; w ubikacjach zwiększa się ilość basenów, obok nich „basenówki" itd., itd.

Uczennice w świątecznym nastroju, wprowadzane przez swą instruktorkę z Ośrodka Szkolenia, rozpierzchają się po oddziałach przynajmniej trzech, jeśli nie czterech, myją i kąpią pacjentów, ścielą łóżka, — na razie nikt im nie przeszkadza (niech się dzieci bawią).

Pod koniec „okresu wylęgania", a ten zwykle następuje w drugim tygodniu po rozpoczęciu praktyki — zaczynają się troski.

Salowe są bardzo niezadowolone, że uczennice ścieląc łóżka wymiatają okruchy na podłogę. Praktyka zaczyna się od 7, ich niewprawne ręce często i do 8.30 jeszcze wykonują tualetę i słanie, a przecież „ustalony porządek" szpitalny wymaga, żeby podłogi lśniły na godzinę 7, żeby pacjent dostawał miednicę o godzinie piątej, a tu nagle porządek się przewraca, więc skargi, interpelacje...

Uczennice oczywiście używają tac, ale w olbrzymiej większości przypadków, nie używają ich pielęgniarki o mniej lub więcej pełnych kwalifikacjach.

I tu spotykamy takie anomalie, jak to, że uczennica idzie z porządnie skompletowaną tacą do zastrzyków, a wymija ją na tymże korytarzu pielęgniarka ze strzykawką napełnioną lekiem i dyndającą na igle ampułką — w jednej ręce, a z wacikiem w drugiej ręce lub też z ongiś sterylizowanym kateterem.

Uczennica układa sobie pieczołowicie na tacy karteczki do rozdawnictwa leków, na nich szkiełko, na tym kieliszeczki itd., ale gdy podchodzi do pacjenta, dowiaduje się, że on... bardzo dziękuje, ale ma już 7 pastylek przepisanego przez lekarza leku.

Skąd to ma?

Wczoraj wieczorem siostra dała mu zapas na cały dzisiejszy dzień.

Na Oddziale położniczym w pewnym mieście, gdzie pod opieką pielęgniarek po szkole praktykują słuchaczki — matka karmi dziecko wtedy „gdy zapłacze".

Czym się tłumaczą koleżanki interpelowane w opisanych przypadkach? — Tym, że tace do zastrzyków, zabiegów czy do leków (zwłaszcza te) są przecież „tylko na czas szkolenia"

Pielęgniarki tłuką szyjki od ampułek, a nie piłują — bo to prędzej".—

Po prostu nikt nie ma czasu się bawić na Oddziałach — tak jak my uczymy uczennice!...

Rezultat?

— Prawie natychmiastowy. Słuchaczka za plecami instruktorki szkolnej „ułatwia" sobie pracę. Ja jej się nie dziwię, boć przecież widzi tak różne dwie metody: tę z sali demonstracyjnej i tę ze szpitala. Ona nie może zrozumieć, po co ma się „tak męczyć", kiedy w szpitalu tak składnie idzie robienie dosłownie wszystkiego — na odwrót.

Rzecz oczywista, że tak nie jest wszędzie, ale musiałam wybrać przykłady najjaskrawsze, musiałam to poruszyć w naszym „Piśmie", bo jestem pewna, że te same kwestie powstają na innych terenach, że i w innych Województwach Koleżanki przychodzą do pracy „umalowane", w brudnych czepkach, pomiętych fartuchach, że palą papierosy na korytarzach a loki spadają im na ramiona. A my mówimy naszej uczennicy, że właśnie ma być uczesana, umyta, świeża; że postawa, że wygląd zewnętrzny... i tak bez końca a w rezultacie cóż dziwnego, że niejedna, która nie umie jeszcze poprawnie myśleć i odróżniać rzetelnych pielęgniarek od tych ze smutnego przypadku, zaczyna brać z nich przykład i dziwi się naszym uwagom.

Instruktorka

(Nazwisko autorki znane Redakcji)



Nasza Korespondencja

Ob. K. W.-Drew.

DIETA PRZY SCHIZOFRENII

Ponieważ umysłowo chorzy poddawani są w celach leczniczych „wstrząsom insulinowym", leczenia takie wymaga ścisłego przestrzegania diety określonej przez lekarza.

Przykład diety:

Godz. 7 rano. Chory jest na czczo — insulina (według zlecenia lekarza).

Godz. 11. Przerwanie hipoglikemii przez podanie 50 cm^3 15% cukru gronowego dożylnie, a po 5 minutach — zwykłe śniadanie ze zwiększoną porcją słodkiego dania, np. dżemu, galaretki owocowej (10—15 dkg) lub sera owocowego

Godz. 12.30. Normalny obiad.

Godz. 18. Normalna kolacja (pożądane potrawy mleczne lub ser).

Godz. 20. Porcja kefiru lub zsiadłego mleka (1—2 godziny przed spaniem).

Różni autorzy zgadzają się, że w pewnych wypadkach schizofrenia zależy od zaburzeń w przemianie węglowodanowej. Badacze ci stwierdzili we krwi chorych na schizofrenię obecność czynnika anty-insulinowego, który ma niepożądany wpływ na przemianę węglowodanową i przypuszczalnie, z punktu widzenia etiologii, jest jedną z przyczyn choroby.

DIETA PRZY PADACZCE

Wielu autorów stwierdziło, że napady padaczki, zarówno u młodocianych jak i osób starszych, występują rzadziej, gdy pacjenci dłuższy czas głodowali lub pozostawali na specjalnej diecie, obfitującej w białko i tłuszcze, a ubogiej w węglowodany.

Wskutek głodówki lub wyżej wspomnianej diety ustrój zostaje z a k w a s z o n y, przez nagromadzenie się we krwi kwasu acetooctowego i hydroksymasłowego. Stwarza to nienormalne warunki dla spalania różnych składników pokarmowych, a szczególnie tłuszczu i białek. Normalny pokarm obfitujący w artykuły węglowodanowe (produkty zbożowe, słodycze, ziemniaki itp.) sprawia, że kwasy te spalają się szybko, to znaczy utleniają się i w postaci dwutlenku węgla oraz wody — wydalają się z ustroju drogą oddychania, a nie gromadzą się we krwi.

Dieta zakwaszająca przy padaczce.

Ogółem — około 2500 kalorii (w sezonie letnim): około 78 g białka, 240 g tłuszczu i 40 g węglowodanów.

Ś n i a d a n i e: 100 g rzodkiewek, 2 jaja, 35 g chleba z mąki sojowej (bogatej w białko), 50 g wędliny, kawa lub herbata z sacharyną i 50 g śmietanki kremowej. W razie braku mąki sojowej, zwykłe pieczywo jest zabronione!

O b i a d: zupa pomidorowa (bez dodatku mąki) ze śmietaną, 250 g szpinaku 40 g masła (do szpinaku), 100 g tłustego mięsa, 50 g zielonej sałaty, 40 g śmietany i na deser — 60 g orzechów.

K o l a c j a: 200 g kalafioru lub szparagów, 60 g masła, sałatka majonezowa (resztki drobiu, cielęciny, względnie ryby, zewnętrzne liście sałaty, ogórek, przyprawy bez cukru), kompot

Dieta zakwaszająca przy padaczce, t. zw. „dieta ketogenotwórcza" jest — jak widzimy — kosztowna i dość trudna do stosowania ponieważ pozbawia pacjenta chleba, ciasta i innych mącznych dodatków, a nawet ogranicza wybór warzyw, nie mówiąc już o słodyczach wszelkiego rodzaju, które są absolutnie zabronione.

Taka dieta była jednak przy epilepsji powszechnie stosowana. W ostatnich czasach czyniono próby zastąpienia jej dietą tańszą, łatwiejszą i mniej skomplikowaną.

W latach 1944—49 stwierdzono, że jeden z aminokwasów (kwasy organiczne, z których składają się białka — przyp. red), t.zw. kwas glutaminowy posiada cechy przeciwpadaczkowe, a mianowicie dodanie go w ilości 12 g do dziennej racji pokarmowej zmniejsza liczbę napadów padaczki.

Kwas glutaminowy jest jednym z ciekawszych aminokwasów. W ostatnich latach wykryto niespodziewany wpływ, jaki kwas glutaminowy wywiera na usprawnienie inteligencji, zdolność do pracy i wydajność jednostki dla społeczeństwa. Kwas glutaminowy wchodzi w skład wielu białek: najwięcej jest w białku pszenicy (49,7%), jęczmienia (43%), kukurydzy (35%), w kazeinie mleka (24%), mące sojowej 19 %). Kwas glutaminowy jest środkiem leczniczym w różnego rodzaju niedorozwoju umysłowym.

KWAS GLUTAMINOWY A SPRAWNOŚĆ UMYSŁOWA.

Na podstawie licznych doświadczeń na zwierzętach stwierdzono, że dodanie kwasu glutaminowego do dziennej racji pokarmowej usprawniało orientację zwierząt przy zdobywaniu pożywienia i w ogóle inteligencję. Zimmerman i Ross w roku 1944, a Warden w pół roku później ogłosili wyniki doświadczeń nad badaniem inteligencji szczurów, które dostawały dodatek kwasu glutaminowego. Grupa szczurów kontrolnych, które pozostawały na zwykłej racji pokarmowej bez dodatku kwasu glutaminowego, wykazywała o wiele mniejszą bystrość i orientację w zetknięciu się z trudnościami. Mierzono np. błędy w trafianiu do odpowiednich klatek z pożywieniem, szybkość, z jaką szczury odnajdywały właściwą drogę itd. Albert, Hoch i Waelsch, Zimmerman i Putman ogłosili w roku 1946 wyniki doświadczeń na młodzieży opóźnionej w rozwoju. Doświadczenia te wykazały, że dodawanie kwasu glutaminowego w ilości 7—12 g do dziennej racji pokarmowej wpływało dodatnio na zwiększenie zdolności skupiania się, na lepszą pamięć umiejętność harmonijnego współżycia, chęć do pracy umysłowej itd.

PRAKTYCZNE WNIOSKI

Kwas glutaminowy jest dość rozpowszechniony w naszym pożywieniu. Przeciętny jadłospis zawiera około 5—7 g tego kwasu dziennie, zaś zwiększenie jego ilości jest ze wszech miar pożądane. Można podwoić ilość kwasu glutaminowego przez codzienne spożywanie pół litra mleka lub przynajmniej 15—20dkg zwykłego białego sera, przez podawanie 2 razy w tygodniu kaszy jęczmiennej (jest tania i smaczna, można ją zacierać jajkiem i gotować na sypko w smaku grzybowym), potraw z mąki pszennej i chleba pszenno-razowego.

M. Morzkowska
mgr dietetyki



W księgarniach i kioskach



NAUKA O OPATRUNKACH (DESMURGIA). Dr JERZY RUTKOWSKI,

Prof. Uniwersytetu Łódzkiego. Wydawnictwo — Lekarski Instytut Naukowy. Warszawa 1949. str. 258 cena 500 zł.

Jako 5 tom biblioteki pielęgniarskiej ukazał się podręcznik prof. Rutkowskiego, który w przedmowie zaznacza, że „treść zawarta w podręczniku może być również pożyteczna dla studentów medycyny i lekarzy".

Po krótkim rysie historycznym, rozwoju walki chirurgii z zakażeniami, autor wylicza szereg odkażających środków chemicznych, podając stosowane stężenie i jego siłę bakteriobójczą. Następnie prof. Rutkowski omawia fizyczne środki odkażające, technikę i postępy przy wyjaławianiu meteriału opatrunkowego i narzędzi.

Dalszy rozdział traktuje o leczeniu ran, różnych rodzajach opatrunków, krwawieniach, krwotokach i sposobach tamowania.

Pielęgniarki znajdą w tym podręczniku bardzo szczegółowo podaną ilustrowaną technikę i zasady opaskowania zarówno opaskami miękkimi jak też i usztywniającymi. Autor podaje tu również użycie chust trójkątnych i czworokątnych zastępujących bandaże.

Teoretyczne podejście, uwzględniające celowość nakładania opasek ze wskazaniem niebezpieczeństw przy wadliwym ich stosowaniu — połączone ze wskazówkami praktycznymi stanowią o wielkiej wartości podręcznika.

Zarówno pielęgniarki dyplomowane, jak i młodsze pielęgniarki znajdą w tej książce ogromny materiał, który wiele nauczy, uzupełni i pogłębi wiadomości nabyte w szkole, a w życiu codziennym będzie niezwykle pomocny.

Żałować tylko należy, że w tej książce, na którą pielęgniarki dawno czekały, ciekawej ze względu na materiał naukowy w niej zawarty, jak też na jasną i treściwą formę — rysunki, a zwłaszcza głowy i twarze) nie są dostosowane do ogólnego poziomu i wręcz są nieudolne.

L. T.

PODRĘCZNIK MIESZENIA LECZNICZEGO

Prof. dr J. ZAORSKI

Wyd. II — wydany przez Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy.

Podręcznik mieszenia (masażu) treścią swą jest przystosowany raczej dla uczniów szkół masażu leczniczego, mniej zaś dla samouka, który nie zdobył w szkole zasadniczych podstaw anatomii i fizjologii.

Dla pielęgniarek natomiast przedstawia on dużą wartość, trafiając bowiem do rąk pielęgniarki, przygotowanej teoretycznie i praktycznie do zawodu, może być podstawą do rozpoczęcia samodzielnej nauki masażu.

W lecznictwie naszym, jakkolwiek rola i znaczenie masażu są bezspornie uznane, praktyczne zastosowanie jest ograniczane jedynie na skutek braku dobrych fachowców — masażystów, bowiem masaż, wykonywany przez osoby niedostatecznie wyszkolone, może spowodować nieodwracalne, czasem wręcz tragiczne następstwa dla pacjentów.

Podręcznik prof, dr Zaorskiego wypełnia dużą lukę w piśmiennictwie polskim; opracowany jest bardzo przystępnie, wyczerpująco i bezbłędnie pod względem fachowym, dzięki czemu przyczyni się niewątpliwie do rozszerzenia wiedzy praktycznej.

Dr Władysław Lewiński

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Mokotowska 14 PCK, telefony: 8-32-96, 7, 8, i 8-32-78, 9. KONTO PKO: Nr I-8326 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 50,—, kwartalna zł 150,—, półroczna zł 300,—, roczna zł 600,—. CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 40 000 zł, 1/2 str. 25 000 zł, 1/4 str. 15 000 zł, 1/8 str. 10 000 zł, 1/16 str. 7 000 zł, 1/32 str. 5 000 zł.

Drukarnia Wydawnictwa „Prasa Wojskowa" w Łodzi, 10000. Nr 469. V. 50. D-1-19611